

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1921-1922.

2^e Série.

N^o 190.

Troubles menstruels chez les Tuberculeuses pulmonaires

(Leur importance clinique,
leur interprétation et leurs répercussions)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 29 Juin 1922

POUR OBTENIR LE DIPLOME DE

Docteur de l'Université de Nancy

MENTION « MÉDECINE »

PAR

STANITCH (Mihaïlo)

Né le 5 novembre 1893, à Novi Pazar (Serbie)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. ETIENNE, professeur.....	{	Président.
		WEISS, professeur		Juges.
		ROBERT, agrégé.....		
		PERRIN, agrégé.....		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses
parties de l'Enseignement médical

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1922

Troubles menstruels chez les Tuberculeuses pulmonaires

(Leur importance clinique,
leur interprétation et leurs répercussions)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 29 Juin 1922

POUR OBTENIR LE DIPLOME DE

Docteur de l'Université de Nancy

MENTION « MÉDECINE »

PAR

STANITCH (Mihailo)

Né le 5 novembre 1893, à Novi Pazar (Serbie)



EXAMINATEURS DE LA THÈSE

{	MM. ETIENNE, professeur.....	Président.
	WEISS, professeur.....	{
	ROBERT, agrégé.....	
	PERRIN, agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical

NANCY

IMPRIMERIE NANCEIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1922

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. E. MEYER, O  I .

Assesseur : M. WEISS, O  I .

Doyen honoraire : M. F. GROSS, O  I .

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS,  I ; PRENANT,  I ; F. GROSS, O  I 
CHRÉTIEN, I ; HERRGOTT, O  I .

Professeurs : MM.

Clinique chirurgicale.....	T. WEISS, O  I  .
Chimie médicale et toxicologie.....	L. GARNIER, I  .
Hygiène.....	E. MACÉ,  I  .
Physiologie.....	E. MEYER, O  I  .
Clinique médicale.....	P. SIMON,  I  .
Histoire naturelle médicale.....	P. VUILLEMIN, I  .
Médecine légale.....	P. PARISOT, O  I  .
Clinique des maladies des enfants.....	P. HAUSHALTER,  I  .
Anatomie pathologique.....	L. HOCHÉ,  I  .
Clinique médicale.....	G. ÉTIENNE,  I  .
Clinique chirurgicale.....	A. VAUTRIN,  I  .
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	L. SPILLMANN,  I  .
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.....	R. FRÖELICH,  I  .
Physique médicale.....	M. LAMBERT, I  .
Clinique obstétricale et Accouchements.....	A. FRUHNSHOLZ,  I  .
Histologie.....	R. COLLIN,  I  .
Anatomie descriptive.....	M. LUCIEN,  I  .
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	P. JACQUES,  I  .
Clinique des voies urinaires.....	P. ANDRÉ,  I  .
Médecine opératoire.....	G. MICHEL,  I  .

Chargés de cours complémentaires : MM.

Clinique chirurgicale élémentaire (1).....	G. MICHEL,  I  .
Clinique des maladies des vieillards.....	L. RICHON,  I  , agrégé libre.
Pathologie interne.....	L. RICHON,  I  , agrégé libre.
Accouchements (cours théorique).....	S. RÉMY, I  , agrégé libre.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).....	M. PERRIN, I  I  , agrégé.
Thérapeutique.....	M. PERRIN, I  I  , agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).....	J. PARISOT, O  I  , agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale.....	J. PARISOT, O  I  , agrégé.
Pathologie externe.....	A. BINET, I  , agrégé.
Clinique médicale élémentaire (1).....	L. CAUSSADE, A  , agrégé.
Clinique ophtalmologique.....	P. JEANDELIZE, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	R. LALANNE.
Clinique d'électrothérapie.....	N.

Agrégés en exercice

MM. H. ROBERT, I  .	MM. J. PARISOT, O  I  .	MM. P. JEANDELIZE.
A. BINET, I  .	C. FAIRISE, A  .	L. CAUSSADE, A  .
M. PERRIN, I  .	P. MATHIEU, A  .	M. BARTHÉLEMY,  .
G. THIRY,  I  .	L. JOB, A  .	A  .

Agrégés libres

MM. FÉVRIER, G O  I ; G. GROSS,  I ; RICHON,  I ;
S. RÉMY, I ; BUSQUET, I .

M. H. COIFFARD, I , Secrétaire.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS,  I , Secrétaire honoraire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MES CHERS PARENTS

Humble témoignage de dévouement filial.

A MES FRÈRES YOVAN ET DOUCHAN
ET A MA SŒUR VASSILIYA

Témoignage de dévouement fraternel

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR G. ETIENNE

Professeur de Clinique médicale
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES JUGES

M. LE PROFESSEUR WEISS

Professeur de Clinique chirurgicale
Officier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROBERT

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAURICE PERRIN

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

AVANT-PROPOS

Avant de quitter l'admirable pays de France, Patrie des idées sublimes et des pensées élevées, nous tenons à présenter nos remerciements et nos hommages les plus respectueux à tous nos maîtres de la Faculté de Médecine de Nancy.

Nous n'aurons pas la prétention d'être un apôtre de la science et des idées françaises — la compétence nous manque sûrement, et de beaucoup — mais nous nous permettrons de dire que nous serons un pionnier persévérant pour tout ce qui porte une empreinte intellectuelle française. Nous sommes trop attaché à l'admirable pays auquel nous devons presque le meilleur de nous-même. C'est la confession dictée par le cœur et les sentiments les plus sincères.

Ceci dit, tâchons de rendre les hommages mérités à nos Maîtres.

Nous n'oublierons jamais l'amabilité avec laquelle M. le professeur Etienne, éminent et distingué maître, a bien voulu accueillir cette thèse. En nous faisant l'honneur de la présider, il y joint l'autorité flatteuse de son nom. Nous le prions d'agréer l'hommage de notre respectueux dévouement et de notre plus vive gratitude.

A M. le professeur Weiss, vénéré et distingué maître, qui a bien voulu nous accorder l'honneur de faire partie du jury de notre thèse, qu'il nous soit permis de témoigner

notre profonde reconnaissance pour cette marque de bienveillance.

Nous présentons à M. le professeur agrégé Robert nos hommages les plus respectueux et nos remerciements pour tout le bien qu'il nous a fait.

Mais nos vœux et remerciements vont tout particulièrement à M. le professeur agrégé Maurice Perrin, l'aimable et éminent maître, qui nous a si patiemment aidé de sa science et de ses conseils aussi sincères qu'avisés. C'est dans son service, à l'Hôpital Villemin, que nous avons trouvé cette familiarité coutumière des cliniques françaises. Nous n'oublierons jamais le bien qu'il nous a fait. Grâce à lui, nous avons eu la chance d'admirer plus d'un coin de la France, notamment : Vichy, Plombières, Evian, Aix-les-Bains, etc., etc. Merci, cher et éminent maître, toujours merci.

Nous présentons nos hommages respectueux à MM. les professeurs Haushalter, Fruhinsholz, Spillmann, Macé, Collin, Michel, ainsi qu'à MM. les professeurs agrégés G. Thiry et J. Parisot.

Nous avons passé deux ans et demi de guerre dans des formations françaises : Hôpital militaire de Vido et Hôpital maritime « Tribondeau », à l'Achilleon (Corfou), dont nous garderons l'inoubliable souvenir.

A vous, Alexandre Georgevitch et Radmilo Yovanovitch, mes très chers amis, avec qui j'ai partagé toutes les peines matérielles et morales, ainsi que les joies, j'adresse ici l'expression de mon dévouement fraternel.

INTRODUCTION

C'est auprès des malades à l'Hôpital Villemin, dans le service de notre maître M. le professeur agrégé Maurice Perrin, que nous avons eu l'idée d'entreprendre le travail que nous présentons aujourd'hui comme travail inaugural.

Pendant plus de dix mois, le maître distingué M. Perrin n'a pas cessé de nous donner des conseils aussi nombreux qu'avisés. Encore une fois, nous l'en remercions très sincèrement.

Après un bref historique, nous diviserons notre travail en sept chapitres suivants :

I. — Hérité tuberculeuse et troubles de la menstruation.

II. — Troubles menstruels dans la tuberculose acquise.

III. — Tuberculose et grossesse ; rôle des premières règles post-partum.

IV. — Description et interprétation des troubles menstruels chez les tuberculeuses pulmonaires.

V. — Etude clinique des réactions du système sympathique et parasympathique au cours des troubles menstruels chez les tuberculeuses pulmonaires.

VI. — Opothérapie ovarienne au cours des troubles menstruels chez les tuberculeuses pulmonaires.

VII. — L'état psychique des tuberculeuses en connexion avec la menstruation normale ou pathologique.

Après une description plus ou moins détaillée des chapitres ci-dessus, nous donnerons une vingtaine *d'observations types*. Nous nous excusons d'avance de n'avoir pas pu communiquer les 80 observations personnelles que nous avons prises et suivies à l'Hôpital Villemin, ainsi que l'étude succincte des 140 observations de malades antérieurement traitées au dit Hôpital.

A la fin, nous donnerons quelques conclusions qui se dégagent de l'ensemble de notre travail.

Avant de commencer l'exposition de notre travail, nous tenons à rendre les hommages respectueux à toutes les malades de l'Hôpital Villemin qui se sont prêtées de bonne grâce aux examens et interrogatoires aussi multiples que délicats.

HISTORIQUE

Dans l'histoire des troubles menstruels et de leurs répercussions sur la tuberculose pulmonaire, et réciproquement, il y a trois périodes bien distinctes :

1^o De 1850-1890 ou la période des « présomptions cliniques », si on peut ainsi dire. En effet, de nombreux auteurs, parmi lesquels Raciborski, Depaul, Gueniot, Trousseau, Galibert, etc., etc., ont été d'avis que les troubles menstruels influencent défavorablement l'allure de la tuberculose pulmonaire. Mais ce qui est le plus caractéristique, les opinions émises à ce sujet n'ont jamais été discutées et soumises à une analyse clinique quelconque. Les auteurs se bornaient à constater le fait, et c'était tout.

2^o De 1890-1910 ou la période « clinique » proprement dite. Daremberg, Riebold, Dalché, Sabourin, Bezançon, Noncher, etc., ont confirmé la valeur clinique des troubles menstruels chez les tuberculeuses. L'ensemble des travaux des auteurs cités ci-dessus nous donne un tableau clinique aussi succinct qu'exact sur tout ce qui concerne les troubles menstruels et leurs répercussions sur la tuberculose pulmonaire, et réciproquement. En outre, les opinions émises à ce sujet ont été appuyées par des faits cliniques indiscutables.

3^o De 1910 jusqu'à présent ou la période d' « analyse

clinique ». En effet, c'est la période où on utilise tout ce que l'endocrinologie, d'une part, et les notions acquises sur le système nerveux sympathique, d'autre part, mettent à la disposition du clinicien pour l'étude succincte des troubles menstruels chez les tuberculeuses.

Dè nombreux auteurs, parmi lesquels Laignel-Lavastine, Aschner, Schœffer, L. Lévy, Claude, Guillaume, etc., ont fait des études remarquables sur tout ce qui concerne les glandes endocrines et le système nerveux sympathique. Mon ami Yovanowitch a fait, dans le service du professeur agrégé M. Perrin, une étude intéressante et documentée sur les troubles sympathiques chez les tuberculeuses pulmonaires.

Tous ces travaux ont contribué énormément à éclairer la question si complexe des troubles menstruels et de leur importance clinique. La physiologie et la pathologie intime de l'ovaire ne nous sont pas encore tout à fait connues; pourtant, par l'exploration du système nerveux sympathique, et en particulier par l'étude succincte du R. O. C., nous sommes tenté à dire qu'on peut déceler la valeur clinique de chacun de ces troubles. Et c'est déjà quelque chose, vu l'importance de ces troubles dans la pathologie de la femme.

CHAPITRE PREMIER

L'hérédité tuberculeuse et les troubles de la menstruation.

Par hérédité tuberculeuse, nous n'entendons pas ici l'hérédité directe, d'ailleurs rare, mais l'hérédité liée au milieu, à l'ambiance, à la promiscuité avec des personnes bacillaires; nous n'écartons pas, non plus, l'idée du « terrain tuberculisable », expression si juste pour la question que nous allons exposer.

La puberté, la menstruation, la grossesse, l'accouchement, les suites de couches, l'allaitement, la ménopause doivent être traversés facilement par un organisme bien portant et ne présentant pas de tares.

Pour le moment, bornons-nous à la puberté, et essayons de l'étudier chez les sujets précocement contaminés par le bacille de Koch.

L'imprégnation toxique précoce du jeune organisme retentit sur tous les organes et tous les systèmes de l'économie. Nous ne nous arrêterons que sur le fonctionnement de l'appareil génital féminin.

Des recherches de ces années dernières, il découle que l'ovaire est une des glandes les plus sensibles de l'économie. Cette sensibilité est grande pour les toxines exogènes, ainsi que pour les toxines endogènes. La toxine tuberculeuse a une prédilection particulière pour la glande ovarienne (M^{lle} Pommier).

Nous nous efforcerons de présenter trois types bien distincts de puberté chez les filles précocement imprégnées par les toxines tuberculeuses.

a) L'IMPRÉGNATION EST MASSIVE, GRAVE.

Le jeune organisme végète et présente une déficience quasi absolue de tous les organes et systèmes de l'économie, qui est dans un état d'anergie complète. La moindre cause, agissant sur cet organisme fragile, favorise sa déchéance.

Si, par hasard, un sujet touché à un tel point atteint l'âge de la puberté, voici comment elle se présente :

Physiquement, le développement inférieur à la normale : le squelette est grêle, la musculature atone et peu développée ; l'accroissement arrêté ; la scoliose est très fréquente.

Physiologiquement, toutes les fonctions sont compromises : la digestion ou plutôt la nutrition en général est défectueuse ; la circulation est ralentie, l'ensemble des glandes endocrines est en déficience.

En ce qui concerne la déficience de la glande ovarienne, elle se traduit par le manque des caractères secondaires de la sexualité féminine. En effet, le bassin ne se développe pas, les seins non plus ; pas de mutation de la voix ; la menstruation n'apparaît pas. La physionomie conserve une expression enfantine.

Psychiquement, ce sont toujours des enfants avec la mentalité des sujets de 8 à 9 ans.

En résumé, quand on est en présence d'un organisme à imprégnation toxique massive et précoce, toutes les fon-

tions et tous les systèmes sont touchés, et la puberté ne se manifeste par aucun des attributs qui lui sont propres (Obs. I).

b) L'IMPRÉGNATION EST MOINS MASSIVE, MAIS TOUJOURS SUFFISANTE POUR BRIDER LE DÉVELOPPEMENT NORMAL DE L'ORGANISME.

Ce sont les cas les plus fréquents et les plus intéressants au point de vue qui nous préoccupe. Ici l'organisme se développe suffisamment pour que la puberté se produise. Quelques fonctions sont en déficience, mais en même temps il se produit des suppléances entre les organes et des suppléances interglandulaires. Si on interrogeait l'organisme par la réaction à la tuberculine, on verrait que la réaction est positive, preuve que l'économie résiste assez bien (Coulaud). L'organisme est dans un état d'allergie et non d'anergie, comme dans le cas précédent. Si la puberté survient (ce qui est de règle), *deux types cliniques* bien distincts peuvent se présenter :

1^o Si *l'économie se défend bien* (la déficience endocrinienne doit être minime), elle peut subir l'épreuve de la puberté, qui s'accomplit sans grands dégâts. Tous les attributs de la puberté sont au complet, y compris la menstruation qui, dans ces cas en particulier, n'aggrave pas les lésions bacillaires latentes déjà existantes.

2^o Si, au contraire (ce qui est le cas plus fréquent), *l'économie ne se défend pas*, sous l'influence de la puberté, qui se révèle avec tous ses attributs, elle fléchit, les lésions existantes s'aggravent, l'allergie tend vers l'anergie. La

menstruation, un des attributs les plus caractéristiques de la puberté féminine, est le plus important de ces phénomènes. La répercussion de cette fonction est nette sur l'organisme imprégné et surtout sur les lésions gangliopulmonaires (Obs. XVI). La première époque se manifeste par une grande ascension thermique, par un écoulement abondant durant plusieurs jours. Les hémoptysies sont fréquentes; la diarrhée est de règle. Les suppléances menstruelles: épistaxis, vomissements, sueurs, herpès, etc., ne sont pas rares. La phtisie galopante est très fréquente.

En résumé, quand il s'agit d'un organisme à imprégnation toxique encore assez prononcée, la puberté s'y révèle par le développement physique, psychique et physiologique presque normal. Les caractères secondaires de la sexualité féminine sont au complet. Mais malheureusement, l'organisme ainsi secoué et en même temps déjà imprégné commence à fléchir sous l'influence de cette crise. Donc c'est la puberté et surtout la menstruation qui fait décliner la malade.

c) L'IMPRÉGNATION EST MOINDRE. L'ORGANISME A DES CHANCES DE POUVOIR SE DÉFENDRE.

Ce sont des cas bien caractéristiques des lymphatiques, des anémiques, des chlorotiques et des scrofuleuses. Les réactions à la tuberculine sont toujours nettement positives (Coulaud). La puberté survient un peu tardivement, vers 15 à 16 ans. Le développement physique, psychique et physiologique est au complet. La menstruation est tardive, peu abondante, durant un à deux jours. Le sang

est pâle, à taux réduit d'hémoglobine (Vogelin). En général, la puberté, avec son cortège, n'aggrave pas beaucoup la tuberculose existante. Mais ce sont la grossesse et les menstruations post-partum qui guettent ces malades.

De tout ce qui précède, nous pouvons tirer les conclusions suivantes : Que l'hérédité tuberculeuse, ou mieux encore l'imprégnation toxique précoce entrave le développement physique, psychique et physiologique de l'organisme atteint. Suivant le degré de l'imprégnation, la puberté ne se manifeste pas (intoxication massive); ou bien, si elle apparaît, elle aggrave la tuberculose déjà existante (intoxication assez prononcée); ou enfin elle s'accomplit, sans aucune aggravation (intoxication peu prononcée). Ce qui est à signaler, c'est que l'appareil génital glandulaire (l'ovaire) est le plus fréquemment touché. Son insuffisance peut se manifester, soit par une menstruation aberrante, soit enfin par des troubles que nous décrirons ultérieurement.

CHAPITRE II

Troubles menstruels dans la tuberculose acquise.

Nous envisagerons ces troubles d'abord dans la tuberculose aiguë, puis dans la tuberculose chronique.

A. — Troubles menstruels dans la tuberculose aiguë.

a) DANS LA SEPTICÉMIE TUBERCULEUSE INFLAMMATOIRE ATYPIQUE NON FOLLICULAIRE.

Etant donné le degré de l'intoxication, il est aisé de comprendre que la glande ovarienne s'en ressentira la première comme une des plus sensibles de l'économie. Ses fonctions sont inhibées ou plutôt sidérées. La menstruation n'apparaît pas. Si la septicémie survient au moment de l'époque, le tableau clinique est un des plus sombres par la répercussion sur l'économie de cette action synergique de l'intoxication tuberculeuse et de la menstruation. Dans la pneumonie, dans la bronchopneumonie, dans les péritonites généralisées et autres états similaires, tout se passe de la même façon. C'est la fonction menstruelle qui est touchée la première.

Mais il y a des cas où la septicémie bacillaire, au lieu de provoquer une aménorrhée brusque, fait naître un hyperfonctionnement ou mieux un dysfonctionnement de la glande ovarienne. La menstruation s'établit avant l'échéance, avec une abondance inaccoutumée, durant des jours et des semaines, en un mot durant autant que la septicémie elle-même. L'hypocoagulabilité du sang est un fait à signaler. En outre, les suppléances menstruelles sont multiples. La gravité de l'état général, la dyscrasie humorale, dans ces cas, expliquent facilement les épistaxis, les hémoptysies, les gastro et les enterorragies, les vomissements, la diarrhée, les sueurs, etc. La septicémie elle-même a pu provoquer ces manifestations pathologiques;

mais il est incontestable que la menstruation aberrante, dans ces cas, joue un rôle important dans l'aggravation et dans l'allure de la maladie (Dluski).

En résumé, la septicémie tuberculeuse inflammatoire atypique non folliculaire inhibe ou exalte les fonctions ovariennes qui se traduisent par une aménorrhée brusque ou par des menstruations abondantes, atypiques, accompagnées de suppléances cataméniales.

b) LES TROUBLES MENSTRUELS DANS LA GRANULÉE.

Ici tout se passe, à peu de chose près, comme dans le cas précédent.

c) LES TROUBLES MENSTRUELS DANS LA PHTISIE GALOPANTE.

Il n'est pas difficile de se rendre compte de troubles de la fonction menstruelle au cours de la phtisie galopante. Nous avons une observation type de ce genre (Obs. X). Là il y a un cercle vicieux qu'il est facile de mettre en relief. L'intoxication, conséquence de la phtisie galopante, exalte la fonction ovarienne qui, par des menstruations aberrantes au point de vue régularité, durée, quantité, qualité, fièvre, suppléances, etc., influence défavorablement la phtisie galopante elle-même. Ce cycle vicieux dure deux à trois mois. A la fin, quand l'état général a notablement fléchi, et quand les dépenses de l'économie sont épuisées, l'aménorrhée s'installe jusqu'à l'issue fatale.

Dans la phtisie galopante, les signes stéatocystiques sont nettement plus prononcés pendant la durée des époques.

En outre, les suppléances menstruelles, comme épistaxis, hémoptysie, vomissements, ne sont pas rares.

Nous concluerons donc que les époques sont un des facteurs les plus aggravants de la phtisie galopante.

B. — Troubles menstruels dans la tuberculose pulmonaire chronique.

De nombreux auteurs, parmi lesquels Daremberg, Dluski, Dalché, Riebold, Sabourin, Bezançon, Noncher, ont étudié les troubles menstruels et leurs significations dans la tuberculose pulmonaire chronique. En réalité, l'étude de la vie génitale de la femme, au cours de la tuberculose pulmonaire chronique, est une des questions les plus importantes et les plus utiles à connaître.

Avant de donner les résultats des observations prises dans les milieux différents par les auteurs cités ci-dessus, nous tâcherons de donner un aperçu général sur les troubles menstruels au cours de la tuberculose pulmonaire chronique, tels que nous les avons étudiés et suivis à l'Hôpital Villèmin dans le service de notre maître, le professeur agrégé Maurice Perrin.

a) Dans la TUBERCULOSE CHRONIQUE FIBREUSE, au cours de laquelle les défenses organiques ne sont pas très compromises, où l'imprégnation toxique faible n'entrave en rien la physiologie de l'économie, la menstruation normale est de règle. Elle apparaît régulièrement tous les mois avec la durée habituelle de quatre à cinq jours. Normale aussi comme quantité et qualité. Légère hypoglobulie. Aucune

répercussion sur les lésions pulmonaires existantes, ni sur l'état général.

b) Au contraire, dans la PÉRIODE ÉVOLUTIVE DES LÉSIONS PULMONAIRES, au moment où l'imprégnation toxique est sur le point de l'importer sur les défenses de l'économie, les troubles génitaux prennent un caractère bien typique. Les menstruations sont irrégulières et déficientes, comme durée, quantité et qualité. C'est à ce moment qu'on voit tout le cortège des troubles que nous décrirons dans le chapitre IV. Les suppléances menstruelles sont de règle.

L'étude de la menstruation au cours de cette période évolutives des lésions pulmonaires est d'un intérêt quasi capital pour le clinicien. Il est appelé à surveiller *deux processus*.

1° *La lésion elle-même*, qui s'aggrave notablement au moment des époques.

2° *Les époques*, qui se manifestent avec tout le cortège des troubles qui leur sont propres : fièvre, déficience menstruelle comme durée, quantité, qualité ; les suppléances menstruelles, etc., ce que nous verrons plus loin. C'est ici que s'impose une conduite à tenir raisonnée. Le repos absolu, l'hygiène, le traitement reconstituant sont de règle. Pas d'antithermiques. Ne rien faire pour supprimer la menstruation déjà déclenchée. Fixer la date approximative de l'échéance suivante, pour prendre quelques précautions ; par exemple, ausculter régulièrement, surveiller l'alimentation, donner les antithermiques (elbon, cryogénine, etc.) ; dans les intervalles, les bains de pieds prolongés et répétés, etc. Agir dans le but d'atténuer la répercussion de la menstruation sur les lé-

sions pulmonaires et sur l'état général. Cette conduite à tenir évite souvent les suppléances menstruelles qui sont très fréquentes et malheureusement très peu surveillées.

En résumé, la tuberculose pulmonaire chronique évolutive provoque des troubles de la menstruation qui, à leur tour, aggravent la lésion elle-même.

c) Enfin, dans la PÉRIODE DE RAMOLLISSEMENT AVANCÉ et dans la PÉRIODE CAVITAIRE, au moment où l'imprégnation toxique est massive et générale, l'aménorrhée s'installe presque définitivement. Nous verrons plus loin la signification et la répercussion de cette aménorrhée survenue progressivement. Elle est un des symptômes les plus utiles pour juger l'état allergique et anergique de l'économie. En plus, c'est la période des équivalents menstruels auxquels nous consacrerons tout un paragraphe.

Donc, dans *a*, *b*, *c*, nous avons étudié un ensemble général des troubles menstruels au cours de la tuberculose pulmonaire chronique dans toutes ses phases évolutives.

Revenons maintenant sur les caractères des troubles menstruels chez les malades soignées dans des milieux différents. Nous serons bref.

Daremberg a soigné les malades sur la *Côte d'Azur*, dans un milieu aisé, riche et dans un climat ensoleillé. Les malades y jouissaient de toutes les ressources scientifiques et naturelles mises à la disposition de leur mal. Comment se comportaient-elles au point de vue menstruel ? On peut les classer en deux catégories :

1^o Les malades qui observent scrupuleusement toutes

les recommandations concernant le repos, l'hygiène, le traitement, l'alimentation raisonnée, etc. Chez elles, même dans des périodes évolutives, les accidents menstruels sont minimes.

2^o Au contraire, chez les malades menant une vie mondaine, ne dédaignant pas l'alcool, les jeux, les distractions, le tabac, l'opium, etc., les troubles menstruels étaient plus graves. Leurs répercussions étaient manifeste sur les lésions tuberculeuses existantes. Les suppléances menstruelles étaient de règle, surtout les hémoptysies.

Sabournin nous décrit un ensemble des troubles menstruels chez les tuberculeuses soignées au *Sanatorium*. Le tableau clinique diffère un peu de celui qu'on rencontre à l'hôpital. Les accidents sont moins marqués; les répercussions plus atténuées. Sabourin, en clinicien avisé qu'il était, a fait des monographies remarquables sur les troubles menstruels chez les tuberculeuses. Mais l'intérêt capital de ces études réside dans les résultats qu'il a obtenus.

Dans un Sanatorium où il a pu imposer la discipline, le repos, la surveillance minutieuse de tout ce qui concerne les troubles génitaux et l'état général en même temps, Sabourin a eu des résultats assez satisfaisants. En effet, par le repos, à l'aide de l'hygiène, d'une alimentation substantielle, d'un traitement raisonné, beaucoup de malades ont passé de leur état quasi anergique en état d'allergie, ce qui confirmait la réaction à la tuberculine. Les troubles menstruels s'atténuaient et disparaissaient même à la longue.

Dalché, Bezançon, Riebold, Noncher, M^{lle} Pommier

nous ont décrit les troubles menstruels chez les *tuberculeuses hospitalisées*.

Plus haut, nous avons donné le tableau clinique de ces troubles, tels que nous les avons observés pendant dix mois à l'*Hôpital Villemin*, dans le service du professeur agrégé M. Perrin.

Un milieu bien à part est constitué par les *Asiles et les Maisons d'assistance publique*. On n'a qu'à jeter un coup d'œil sur un groupe « d'assistées » pour en dégager des présomptions assez instructives. Dans tous les services de médecine et de chirurgie, on peut voir de ces malades. Les unes soignées pour bronchite, anémie, chlorose, pleurésie trainante, etc.; les autres, pour scrofules, mal de Pott, scoliose, tumeur blanche, etc. Chez ces malades, la menstruation apparaît tardivement (de 16 à 20 ans). Elle est régulière, mais de courte durée et peu abondante; la coaguabilité du sang est diminuée (E. Weil). Il est rare que les époques aggravent les lésions existantes chez les malades dont nous venons de parler.

CHAPITRE III

Tuberculose et grossesse ; rôle des premières règles post-partum

Nous n'avons pas la prétention de faire une étude de l'influence de la tuberculose sur la grossesse et réciproquement. Dans les innombrables ouvrages, revues, thèses

sur ce sujet, on est bien embarrassé de se faire une idée nette sur cette matière. Les observations sorties des Maternités ne concordent pas beaucoup avec celles provenant des hôpitaux. Dans les Maternités, on dit : la grossesse aggrave la tuberculose ; mais il y a des cas où elle l'améliore. A l'hôpital, on affirme que la grossesse aggrave toujours la tuberculose. Mais il y a des arguments qui plaident pour l'une comme pour l'autre de ces opinions. En effet :

1^o S'il s'agit d'une malade à imprégnation toxique peu prononcée, si, d'autre part, ladite malade est dans des conditions favorables au point de vue de l'hygiène, de l'alimentation, du traitement, de l'habitation, sans aucun souci matériel, ni moral, il est permis de supposer que l'état de gestation (pendant lequel l'organisme se trouve dans une phase d'activité particulière) peut ne pas s'aggraver et peut même améliorer la tuberculose existante. Cette interprétation acquiert toute sa valeur, quand on consulte les observations types à la Maternité de Nancy.

2^o Au contraire, s'il s'agit encore d'une malade à imprégnation toxique peu prononcée ; mais, si cette malade vit dans des conditions défavorables au point de vue de l'hygiène, de l'alimentation, de l'habitation, du traitement, du travail, etc., si elle est chargée de soucis matériels et moraux, il y a 99 % de chances pour que la lésion bacillaire existante s'aggrave. Dans les observations du service du professeur agrégé M. Perrin, on peut trouver de ces cas typiques sur les malades de cette catégorie.

3^o Enfin, s'il s'agit d'une malade à intoxication très

prononcée, si ladite malade est dans un état d'anergie complète, l'aggravation est fatale et l'évolution rapide.

Essayons maintenant de mettre en relief *le rôle des premières règles post-partum*.

Deux à trois semaines après l'accouchement, la malade, encore faible, mais bien soignée et surveillée, ne présente pas des signes nets d'aggravation des lésions existantes. Tout va pour le mieux jusqu'à l'apparition des règles un mois et demi à deux mois après l'accouchement. C'est un phénomène désastreux pour l'allure de la tuberculose. Ici commence cette réciprocité entre la tuberculose et la menstruation, à tel point que, dans un bref laps de temps, l'économie est en déchéance complète (Obs. IV, XI).

Donc, il est vrai que la grossesse, l'accouchement, les suites de couches aggravent les lésions tuberculeuses existantes; mais *c'est surtout la menstruation post-partum* qui donne un coup de fouet à la tuberculose.

CHAPITRE IV

Description et interprétation des troubles menstruels chez les tuberculeuses pulmonaires.

De l'ensemble des données que nous exposerons ci-dessous, la plus grande partie est le résultat des observations que nous avons prises à l'Hôpital Villemin, dans le service du professeur agrégé Maurice Perrin.

Pour faciliter l'exposition, nous diviserons ce chapitre en huit paragraphes suivants :

§ 1. — FIÈVRE MENSTRUELLE.

§ 2. — DYSMÉNORRHÉE.

§ 3. — L'AMÉNORRHÉE, SA SIGNIFICATION ET SES CONSÉQUENCES.

§ 4. — SIGNIFICATION ET INTERPRÉTATION DE LA MÉNOPAUSE PRÉCOCE.

§ 5. — LES SUPPLÉANCES MENSTRUELLES ET LEUR SIGNIFICATION.

§ 6. — LES ÉQUIVALENTS MENSTRUELS ET LEUR SIGNIFICATION.

§ 7. — AUTRES TROUBLES MENSTRUELS.

§ 8. — RÉPERCUSSIONS DE CES TROUBLES SUR LA TUBERCULOSE ET SUR LES AUTRES SYSTÈMES ET FONCTIONS DE L'ÉCONOMIE.

§ 1. — La fièvre menstruelle chez les tuberculeuses pulmonaires

La fièvre menstruelle doit être envisagée à deux points de vue : premièrement, comme fièvre qui se manifeste avant le flux cataménial et ensuite comme fièvre qui se maintient et qui persiste pendant et au-delà de la menstruation.

a) LA FIÈVRE PRÉMENSTRUELLE CHEZ LES TUBERCULEUSES PULMONAIRES

C'est une des questions les plus épineuses que l'inter-

prétation de la fièvre prémenstruelle, en général. Dans la tuberculose pulmonaire, elle mérite une attention toute spéciale.

Avant de donner l'ensemble clinique de cette ascension thermique chez les tuberculeuses pulmonaires, et avant d'essayer de l'interpréter dans la mesure du possible, nous tâcherons de donner une idée sur la fièvre prémenstruelle en dehors de la tuberculose.

Chez une femme tout à fait bien portante les époques peuvent être la cause d'une petite ascension thermique quelques jours avant le flux cataménial. En général, on se préoccupe peu de cette fièvre insignifiante, d'autant plus que la personne dont il s'agit ne s'en ressent pas. Elle est un facteur de peu d'importance n'attirant même pas l'attention par sa bénignité. Quand on a à l'esprit qu'il s'agit d'un organisme à tous les points de vue résistant et bien portant, il est aisé de comprendre le peu d'attention qu'on accorde à la fièvre prémenstruelle dans ces cas.

En étudiant la fièvre prémenstruelle chez les malades non tuberculeuses et chez les convalescentes de maladies aiguës fébriles, Riébold a eu l'idée d'étudier la fièvre prémenstruelle chez les femmes bien portantes. Autant qu'il a pu mettre cette idée à exécution, il a conclu qu'il n'est pas rare d'observer une petite ascension thermique prémenstruelle chez les femmes ne présentant aucune manifestation morbide.

Mais il faut dire que ce n'est pas la fièvre prémenstruelle seule qui est l'apanage des femmes bien portantes. La menstruation peut se manifester par d'autres symptômes. Avant de les énumérer, disons de suite que la menstruation

par elle-même est une phase dans la vie génitale féminine, qui donne une empreinte particulière à la physiologie normale de l'économie. Donc, chez la femme bien portante, en dehors d'une légère ascension thermique, on peut rencontrer d'autres symptômes avant ou coïncidant avec le flux cataménial, comme : diarrhée, vomissements, coliques, leucorrhée, épistaxis, maux de tête, migraines, herpès, etc., etc. Ce sera un travail à part que l'étude de l'ensemble des symptômes pendant la menstruation chez les femmes bien portantes. Nous nous arrêtons ici, pour essayer de donner une idée sur la fièvre prémenstruelle chez les malades non tuberculeuses.

Il fut un moment où tout le monde était d'accord sur la signification et sur la valeur de la fièvre prémenstruelle. De toutes les observations se dégagait un fait : c'est que la fièvre prémenstruelle était un signe quasi pathognomonique de la tuberculose en général et de la tuberculose pulmonaire en particulier. Mais, peu à peu, les idées ont changé sur ce sujet. Riebold a fait un travail très intéressant sur la fièvre prémenstruelle dans les états pathologiques autres que la tuberculose.

Sur 2.000 malades qu'il a soigneusement étudiées, il a tiré les conclusions suivantes :

1^o La fièvre prémenstruelle est presque constante dans tous les états aigus ;

2^o Elle est assez fréquente chez les convalescentes de maladies infectieuses aiguës et de maladies parasitaires ;

3^o Elle est beaucoup plus rare chez les arthritiques et les dyscrasiques en général.

De l'ensemble des données exposées ci-dessus se dégage

donc une idée sur la fréquence de la fièvre prémenstruelle en dehors de la tuberculose.

Occupons-nous maintenant de la fièvre prémenstruelle chez les tuberculeuses pulmonaires.

A l'Hôpital Villemin, dans le service du professeur agrégé M. Perrin, nous avons pris de nombreuses observations; en plus, nous avons fouillé toutes les observations existantes au service, avec le but de tirer quelques conclusions sur la valeur de la fièvre prémenstruelle chez les tuberculeuses pulmonaires.

Plus loin, nous donnerons l'ensemble de faits que nous avons pu recueillir sur ce sujet. Pour le moment, tâchons de nous faire une idée sur la fièvre prémenstruelle chez les tuberculeuses en dehors de l'hôpital. Pour être bref, nous dirons qu'il est incontestable que la fièvre prémenstruelle constatée chez les tuberculeuses, en dehors de l'hôpital, a une signification clinique et pronostique qui est de beaucoup plus grande que celle constatée chez les hospitalisées. En effet, de nombreux cliniciens consciencieux ont pu dégager un fait bien utile: c'est que la fièvre prémenstruelle chez les malades soupçonnées de tuberculose acquiert une valeur de premier ordre (Riebold, Dalché, Sabourin, Bezançon).

Revenons maintenant à la fièvre prémenstruelle chez les tuberculeuses pulmonaires que nous avons pu suivre à l'Hôpital Villemin.

Cette fièvre apparaît en général un à sept jours avant le flux cataménial. L'ascension thermique oscille entre quelques dixièmes de degré jusqu'à 1°5, suivant le degré de l'intoxication tuberculeuse dont elle est l'expression en quelque sorte.

Nous avons vu plus haut que, chez une jeune femme tout à fait bien portante, la menstruation provoque une petite ascension thermique avant le flux cataménial. Donc l'organisme en pleine santé réagit à cette manifestation physiologique qu'est la menstruation. Est-il permis de négliger la signification de la fièvre prémenstruelle et des autres symptômes constatés chez les personnes imprégnées par des toxines tuberculeuses ou autres?

Tout d'abord, à quoi est due cette fièvre prémenstruelle? Les interprétations, aussi multiples que variées, ne manquent pas.

Il y a des auteurs qui la considèrent comme l'expression de la congestion survenue dans le domaine des lésions pulmonaires de suite après l'ovulation (ce qui correspondrait à la formation du corps jaune) [Sabourin]. Pour d'autres, elle est due à une intoxication surajoutée à celle du bacille de Koch, sans qu'on ait de preuves assez nettes sur la signification de cette intoxication (Pamboukis, Dluski). Pour quelques-uns, la fièvre prémenstruelle est considérée comme un signe de grande valeur dans l'appréciation de l'état allergique et de l'état anergique de l'économie imprégnée. Elle serait un indice de la valeur toxique de la menstruation (Wunderlich, Jacoby, Riebold). Nous acceptons cette dernière interprétation, qui répondrait le mieux aux faits cliniques qui se dégagent de nos observations personnelles.

En effet, chez les malades en état allergique, la fièvre prémenstruelle est de règle. Elle traduit le degré allergique de l'économie. Cette dernière, à peine imprégnée, réagira par une ascension thermique quelques jours avant le flux cataménial.

Les organismes à imprégnation toxique plus prononcée, ceux où l'état d'allergie est sur le point de passer à l'état d'anergie, répondront par une réaction oscillant entre quelques dixièmes à 1°5.

Chez les anergiques, au contraire, qui sont en général des fébricitants avérés, la fièvre prémenstruelle commence à perdre de sa valeur. Elle est minime ou nulle, ou plutôt il est difficile de l'isoler sur une courbe à grandes oscillations thermiques quotidiennes.

Donc, chez les malades qui sont en état de défense (allergie), la fièvre prémenstruelle est plus significative que celle qu'on voit chez les malades dont les défenses organiques sont à peu près complètement épuisées.

De l'ensemble des données ci-dessus on peut déduire :

1° Que la fièvre prémenstruelle peut se manifester même chez les sujets tout à fait bien portants;

2° Qu'elle n'est pas un signe pathognomonique de la tuberculose. Mais il n'est pas moins vrai que toute fièvre prémenstruelle doit éveiller le soupçon de tuberculose, même chez les femmes en bonne santé apparente, et impliquer un examen approfondi et répété de l'appareil pulmonaire en particulier. C'est un signe de présomption de haute valeur, surtout quand on se donne la peine de le chercher chez les malades en dehors de l'hôpital. Il acquiert une valeur réelle tant pour le diagnostic que pour la conduite à tenir.

3° Enfin elle est l'expression de facteurs multiples qui sont en connexion intime avec la menstruation (manifestation si complexe de la vie génitale féminine), en même temps qu'avec le degré d'imprégnation toxique de l'économie.

**b) LA FIÈVRE QUI SE CONTINUE PENDANT ET AU-DELA DE LA
MÉNSTRUATION CHEZ LES TUBERCULEUSES PULMONAIRES.**

Généralement, la fièvre constatée quelques jours avant le flux cataménial tombe avec l'apparition des premières gouttes sanguines. On interprétait cela comme le commencement de la régression du corps jaune qui a évolué pendant la durée de la fièvre prémenstruelle (Dluski).

Si la fièvre prémenstruelle continue pendant toute la durée de l'époque et au-delà, il est aisé de se faire une idée sur sa signification. Dans ce cas, l'organisme a fléchi incontestablement. Les lésions existantes sont aggravées et sont manifestes par tout le cortège des signes des lésions avancées. Le flux cataménial est un facteur d'aggravation qui se surajoute à celui de l'intoxication tuberculeuse déjà prononcée. Cette synergie morbide se manifeste par la température trop élevée et par la déchéance extrême de l'économie. En un mot, la fièvre persistant pendant et après la menstruation, confirme la valeur quasi morbide de cette dernière au cours de la tuberculose en général et de la tuberculose pulmonaire en particulier. C'est ici que nous pouvons dire : chez l'homme, les états morbides sont aggravés par des causes multiples, non inhérents, à l'économie (tabac, alcool, surmenage corporel et intellectuel, genre de travail, etc., etc.); la femme, au contraire, par la fonction menstruelle, possède en elle-même un facteur toujours prêt à aggraver les moindres manifestations morbides.

§ 2. — La dysménorrhée chez les tuberculeuses pulmonaires.

Au cours de notre travail, nous avons rencontré quelques cas de dysménorrhée chez les tuberculeuses pulmonaires.

La dysménorrhée (ce qui veut dire la menstruation difficile, pénible, accompagnée de toutes sortes de malaises) est un trouble menstruel sur lequel on a donné des interprétations multiples. Avant d'essayer de donner l'interprétation de ce trouble complexe qui est la dysménorrhée, nous dirons quelques mots sur les conclusions de M^{lle} Jong, et qui concernent les lésions anatomiques et histologiques de l'ovaire au cours de la tuberculose. Sur 1.500 examens anatomiques et histologiques, l'auteur a constaté :

1^o Que l'ovaire est anatomiquement peu touché;

2^o Les lésions histologiques ne sont pas rares, surtout dans la couche ovigène, où il a pu trouver des granulations tuberculeuses et noter une diminution de follicules de de Graaf;

3^o Que, dans beaucoup de cas, il n'y a aucune lésion, ni anatomique, ni histologique pratiquement appréciable.

Plus loin, nous verrons l'importance des faits ci-dessus.

Il ne faut pas perdre de vue que nous nous occupons ici de la tuberculose, maladie générale, et non de la tuberculose chirurgicale localisée aux annexes. Cette précaution est nécessaire pour ne pas confondre la dysménorrhée dans l'un et dans l'autre cas.

La dysménorrhée, due à des lésions anatomiques des annexes, ainsi qu'à des malformations congénitales des

organes urogénitaux, se comprend d'elle-même. Nous ne nous y arrêterons pas.

Nous ne dirons rien non plus de la dysménorrhée paroxistique de Dalché ; de la dysménorrhée liée au genre de travail ; de celle dépendant des conditions climatiques et atmosphériques, etc., etc. (Dluski). Il semble que les glandes endocrines y joueraient un rôle prépondérant. Mais, sur les dysménorrhées citées ci-dessus, nous sommes très peu documenté et nous les laissons de côté pour dire quelques mots de la dysménorrhée chez les tuberculeuses pulmonaires. Comment se présente la dysménorrhée chez ces dernières ? Tout d'abord la fièvre prémenstruelle est de règle. En outre, le tableau clinique se complète ainsi : la malade souffre ; les douleurs dans le bas-ventre sont parfois exaspérantes ; l'allitement s'impose ; l'écoulement sanguin se fait difficilement, bien souvent par de vrais jets après lesquels les douleurs s'apaisent un peu. En plus, l'hypersensibilité de la paroi abdominale est grande. La malade se couche en chien de fusil. Elle réclame avec insistance des compresses chaudes qui la soulagent. Les suppléances menstruelles ne sont pas rares chez ces malades. Le tube digestif est le plus souvent dérangé. Ce dérangement se manifeste par la diarrhée ou les vomissements alimentaires ou bilieux. Les maux de tête, les migraines, même des crises asthmatiformes, l'herpès, etc., se montrent quelquefois au cours de la dysménorrhée. La dysménorrhée peut durer deux à dix jours. Si elle se prolonge au-delà de cinq jours, on peut en conclure qu'il y a un trouble profond dans les fonctions ovariennes.

A quoi est due cette dysménorrhée s'accompagnant des symptômes énumérés plus haut ? Nous savons que, dans

beaucoup de cas, il n'y a aucune lésion ni anatomique, ni histologique pratiquement appréciable sur les ovaires au cours de la tuberculose (M^{lle} Jong).

Ayant à l'esprit cette intégrité anatomique et histologique de l'ovaire au cours de la tuberculose, nous nous permettrons de donner une interprétation touchant la dysménorrhée, et qui est l'expression de nos observations personnelles.

On peut dire que la dysménorrhée traduit l'ensemble des perturbations dans le système nerveux sympathique et parasymphatique. Ces perturbations dans ledit système dépendent directement de la glande ovarienne elle-même. D'ailleurs, c'est elle qui, par son hyper, hypo et dysfonctionnement, donne l'empreinte à tous les troubles de la vie génitale féminine.

Il y a deux types cliniques de dysménorrhée: la dysménorrhée type hypersympathicotonique et la dysménorrhée type hyperparasymphaticotonique. Dans le premier cas, il s'agit de malades à imprégnation toxique pas trop prononcée, qui sont à l'apogée de l'état allergique et chez qui les suppléances glandulaires (surtout thyroïdienne et surrénale) ne manquent jamais. La glande ovarienne chez ces malades est en hypofonctionnement. Un ensemble de symptômes plaide pour le syndrome hypersympathicotonique. En effet, ces malades présentent un caractère irritable, une saillie anormale des yeux, un facies vivement coloré, une peau chaude et sèche, de la tachycardie, le R. O. C. normal, une légère hypertension artérielle, la fièvre; les digestions sont retardées et lentes, la mobilité

gastro-intestinale diminuée, d'où la constipation; les urines sont diminuées, etc., etc.

La dysménorrhée type hyperparasymphaticotonique se voit chez les malades à imprégnation toxique prononcée, qui sont en état d'anergie et chez qui les suppléances glandulaires sont minimales. La glande ovarienne chez ces malades est en dysfonctionnement complet. Un ensemble des symptômes plaide ici pour le syndrome hyperparasymphaticotonique. En effet, ces malades présentent : les yeux enfoncés et regard dur, pâleur des téguments, sueurs abondantes et faciles, expectoration facile et abondante, diarrhée, vomissements, coliques néphrétiques et hépatiques, la tachycardie de déchéance (1), le R. O. C. nettement positif, etc., etc. (Obs. VII).

C'est à signaler que la dysménorrhée est très rare chez les malades qui présentent une neurotonie complète.

En résumé, la dysménorrhée chez les tuberculeuses pulmonaires peut être considérée comme l'expression de la réaction du système sympathique ou parasympathique aux troubles du fonctionnement de la glande ovarienne.

§ 3. — L'aménorrhée, sa signification et ses conséquences chez les tuberculeuses pulmonaires.

Tant que la menstruation persiste au cours de la tuberculose, même se manifestant par des troubles les plus variés,

(1) Nous verrons plus loin la signification de cette tachycardie.

on peut dire que la vitalité de l'organisme, quoique compromise, n'est pas tout à fait anéantie. Ecartons pour le moment l'idée de la synergie morbide qui existe entre l'intoxication tuberculeuse et la menstruation. N'insistons pas non plus sur la répercussion de cette synergie morbide dans le domaine des lésions tuberculeuses. C'est très nécessaire pour mieux mettre en relief la valeur de l'aménorrhée chez les tuberculeuses pulmonaires.

L'aménorrhée est une manifestation pathologique très importante et qu'on doit étudier de très près. Nous allons nous occuper un peu de l'aménorrhée en dehors de la tuberculose pulmonaire.

Dans les *maladies aiguës fébriles*, l'aménorrhée n'est pas rare (Wunderlich). Elle est brusque et se prolonge dans la convalescence et au-delà. Elle peut être expliquée sans grande peine. L'intoxication massive inhibe la glande ovarienne qui, quoique physiologiquement peu touchée, ne donne pas de manifestations extérieures de sa vitalité, c'est-à-dire la menstruation n'apparaît pas. Cette aménorrhée brusque retentit sur l'état général et avec d'autant plus d'intensité que l'intoxication survient au moment où le flux cataménial devait apparaître. Car l'état général se ressent non seulement de l'intoxication provenant de l'agent morbide quelconque, mais il s'en ressent aussi du fait d'une intoxication surajoutée, si on peut dire. En effet, en ce moment qu'est-ce qui se passe dans la glande ovarienne? La rupture d'un follicule de de Graaf provoque l'expulsion d'un ovule. En ce moment, le corps jaune commence à fonctionner. Si l'intoxication massive survient au moment de cette manifestation purement physiologique, que se passera-t-il? Le fonctionnement normal du

corps jaune est tout à fait compromis. Et non seulement cette fonction est compromise, mais en outre elle est tout à fait déviée physiologiquement parlant. La glande endocrine, sécrétant jusqu'alors des produits qui lui sont propres, commence à donner des produits tout à fait incompatibles avec le milieu humoral où ils sont déversés. Ces produits hétérogènes sont une vraie intoxication qui, surajoutée à celle déjà existante, amène des dégâts notables dans l'économie. Donc les faits ci-dessus montrent l'importance de la suppression brusque de la fonction ovarienne normale au cours des maladies aiguës fébriles.

Dans les *maladies chroniques* aussi, l'aménorrhée n'est pas exceptionnelle. Mais il faut signaler que cette aménorrhée s'installe progressivement. Les suppléances glandulaires ont le temps de se faire. La glande thyroïde y joue un rôle prépondérant, comme nous le verrons plus loin. Il est bien naturel de conclure que les répercussions sur l'économie sont insignifiantes en comparaison avec celles manifestées dans le cas précédent.

Chez les arthritiques et chez les dyscrasiques, en général, on a pu constater des aménorrhées définitives.

En passant, signalons que l'aménorrhée, consécutive à une maladie aiguë fébrile et celle qu'on constate chez les malades atteintes d'une affection chronique, peut disparaître et faire place au retour du flux cataménial. Cette réapparition de la menstruation traduit l'amélioration notable de l'économie en même temps qu'elle prouve que la glande ovarienne n'a pas été fonctionnellement anéantie.

Nous ne dirons rien sur les aménorrhées consécutives aux lésions anatomiques ou autres des ovaires et des organes

avoisinants. Quant aux *aménorrhées accidentelles*, elles sont du domaine de l'endocrinologie, dont nous ne pouvons nous occuper pour le moment. Notons seulement qu'elles peuvent être dues au froid, au traumatisme, à l'émotion (Dalché, Etienne, Laignel-Lavastine, Richard). Il est rare que ces aménorrhées deviennent définitives. Dans la majorité des cas, le flux cataménial réapparaît après un temps plus ou moins long.

Revenons maintenant à l'aménorrhée chez les *tuberculeux pulmonaires*. Pour la clarté de l'exposition de cette question importante qu'est l'aménorrhée, nous l'envisagerons à quatre points de vue comme suit :

- a) *Aménorrhée brusque*;
- b) *Aménorrhée qui s'installe progressivement*;
- c) *Aménorrhée temporaire*;
- d) *Aménorrhée définitive*.

a) AMÉNORRHÉE BRUSQUE CHEZ LES TUBERCULEUSES
PULMONAIRES ; SA SIGNIFICATION ; SES RÉPERCUSSIONS.

Nous avons longuement parlé de l'aménorrhée brusque et de sa signification dans les maladies aiguës fébriles (voir p. 6). Demandons-nous maintenant à quel moment on voit de l'aménorrhée brusque chez les tuberculeuses pulmonaires.

En général, l'aménorrhée brusque survient chez les malades atteintes d'une tuberculose aiguë.

Dans la *septicémie tuberculeuse inflammatoire atypique non folliculaire*, l'aménorrhée est de règle. Rien d'étonnant

que la menstruation cesse, vu le degré de l'infection de l'économie. Il est difficile de parler d'aménorrhée dans ces cas, parce que, à vrai dire, on n'a même pas le temps de la constater. La septicémie fait des ravages rapides. L'état général est touché à tel point que l'issue fatale est attendue de jour en jour.

Mais, vu la gravité de l'intoxication tuberculeuse et les perturbations notables qu'on constate chez les malades dont il s'agit ici (pour le même degré de l'infection, l'homme ne présenterait pas de troubles aussi alarmants), on peut se demander si ce n'est pas l'aménorrhée brusque qui est la cause de tout cela. En effet, comme nous l'avons dit plus haut (p. 6), une suppression fonctionnelle brusque ou plutôt une déviation de la fonction normale de la glande ovarienne serait suffisante à expliquer les troubles multiples qu'on constate au cours d'une septicémie tuberculeuse.

La septicémie par elle-même peut tuer la malade. Mais il n'est pas moins vrai que la suppression brusque des fonctions ovariennes, avec les répercussions qu'elle peut entraîner, est pour quelque chose dans l'aggravation et dans l'allure rapide de la septicémie.

Quelle est la physionomie clinique de l'aménorrhée *dans la granulie*?

A peu de chose près, on peut dire de l'aménorrhée dans la granulie tout ce que nous avons dit plus haut de l'aménorrhée dans la septicémie tuberculeuse inflammatoire atypique non folliculaire. Pourtant, on peut constater qu'une faible suppléance glandulaire (surtout thyroïdienne et surrénale) s'ébauche dans ces cas. Mais, vu la gravité et la durée de la granulie, il est facile de se rendre compte

que cette suppléance ne fait pas grand'chose pour la défense de l'organisme.

Dans la *phtisie galopante*, au contraire, il y a quelques particularités à signaler. Ici l'aménorrhée s'installe assez précocement. Mais elle n'est *ni brusque, ni progressive*. En effet, vu la durée de la phtisie galopante (quelques mois), l'aménorrhée s'installe en général après deux à trois cycles menstruels. Ces deux à trois flux cataméniaux apparaissent avec tout le cortège des troubles que nous avons signalés en parlant des troubles menstruels dans la phtisie galopante (voir p. 7). On peut dire que l'aménorrhée est ici *rapidement progressive*. Les lésions tuberculeuses, aggravées notablement au cours des menstruations qui ont précédé l'aménorrhée, ne rétrogradent pas pendant la durée de cette dernière. Les suppléances des glandes endocrines sont minimales ou presque nulles et n'apportent rien de profitable à l'économie, perdue à brève échéance.

En résumé, l'aménorrhée brusque se manifeste dans la tuberculose aiguë. Elle est le résultat de l'intoxication grave de l'économie et consécutivement au dérèglement de la fonction ovarienne et des glandes endocrines en général.

Ce dysfonctionnement endocrinien peut être considéré comme l'équivalent d'une intoxication qui, surajoutée à celle de la tuberculose, mène vers l'issue fatale à brève échéance.

En outre, il faut savoir que l'aménorrhée brusque, chez les tuberculeuses pulmonaires, est un signe de mauvais augure.

b) L'AMÉNORRHÉE QUI SURVIENT PROGRESSIVEMENT. SA SIGNIFICATION, SES RÉPERCUSSIONS CHEZ LES TUBERCULEUSES PULMONAIRES.

Dans la majorité des cas, l'aménorrhée survient progressivement. Cette aménorrhée progressive se voit surtout au cours des états tuberculeux chroniques. Elle a, en outre, une physionomie clinique toute spéciale pour mériter une description un peu détaillée.

C'est ici que nous devons signaler un fait bien net. En étudiant les troubles menstruels chez les tuberculeux, il faut toujours avoir à l'esprit l'idée de degré de l'intoxication de l'organisme. C'est la *condition sine qua non* de l'interprétation de ces troubles. Donc c'est par l'état allergique ou anergique de l'organisme que l'aménorrhée (comme d'ailleurs tout autre trouble menstruel) se présentera sous un aspect clinique ou un autre.

L'organisme se défend ou il ne se défend pas. Mais il ne faut pas trancher la question d'une façon si nette. *Entre ces deux états extrêmes, il y a toute une gamme des états intermédiaires* qui penchent, soit vers la défense, soit vers la déchéance de l'économie. Ces états intermédiaires méritent une attention toute spéciale, d'autant plus qu'ils sont en mesure de nous donner la valeur réelle des défenses de l'organisme. Ils sont l'expression des suppléances endocriniennes qui s'accomplissent dès qu'une des glandes (en particulier l'ovaire) est gravement compromise. Maintenant une question se pose : c'est de savoir les moyens d'exploration de ces états. Les recherches récentes sur le degré de l'imprégnation toxinique tuberculeuse (Ribadeau-

Dumas, Brissaud), ainsi que les explorations cliniques et expérimentales sur le système nerveux sympathique et parasympathique (soit pharmacodynamiquement, soit à l'aide des tests biologiques) permettent de se faire une idée sur ces états (Laignel-Lavastine, Claude, L. Lévy, Guillaume, R. Yovanovitch).

En effet (comme nous le verrons plus loin, en interprétant les conclusions de notre ami R. Yovanovitch sur les troubles sympathiques chez les tuberculeuses pulmonaires), il n'est pas très difficile de se rendre compte de ces états intermédiaires entre l'allergie et l'anergie.

Donc, un organisme à imprégnation toxique assez prononcée, mais étant dans un état allergique appréciable, donnera le tableau clinique des troubles menstruels que nous connaissons déjà, c'est-à-dire de la fièvre préménstruelle, les suppléances menstruelles de toutes sortes, etc., et, en plus, un tableau de l'hypersympathicotonie. Nous verrons la signification de ces derniers symptômes.

Au contraire, un organisme profondément touché, qui est sur le point de se trouver dans un état d'anergie, se présentera cliniquement avec toutes les déficiences fonctionnelles possibles. Mentionnons en passant qu'on peut constater ici le tableau clinique typique de l'hyperparasympathicotonie ou de l'hyponeurotonie. Après les données ci-dessus, nous croyons que *l'aménorrhée progressive* s'explique d'elle-même.

Dans toutes les phases de l'évolution de la tuberculose pulmonaire, on peut déceler des troubles menstruels répondant aux états défensifs de l'économie.

En effet, *une tuberculose latente, torpide, tendant à la*

cicatrisation, ne se traduira par aucun trouble significatif de la menstruation.

Au contraire, pendant la phase évolutive de la tuberculose pulmonaire, on peut voir toute la gamme des troubles (fièvre, suppléances, etc.) que nous avons énumérés et commentés à maintes reprises (voir p. 7). L'exploration du système nerveux sympathique et parasympathique est ici d'une grande valeur pronostique, comme nous le verrons ultérieurement.

Enfin, si l'intoxication provoque à la longue un état d'anergie complète, l'aménorrhée survient fatalement. Dans ce cas, elle est un test de la déchéance de l'économie.

Donc, de tout ce qui précède découle qu'il y a lieu de parler d'aménorrhée qui s'installe progressivement. Elle est l'apanage de la tuberculose chronique en général et de la tuberculose pulmonaire chronique en particulier, comme nous le montrerons par nos observations (Obs. XVI, XVII, XVIII).

c) AMÉNORRHÉE TEMPORAIRE; SA SIGNIFICATION

CHEZ LES TUBERCULEUSES PULMONAIRES.

Dans la majorité des cas, l'aménorrhée est temporaire, quand elle est la conséquence des affections aiguës fébriles. L'aménorrhée accidentelle est aussi temporaire. En général, si les défenses de l'organisme augmentent, l'aménorrhée tend à s'amender; l'économie décline-t-elle à tous les points de vue, l'aménorrhée tend à persister.

Quelle est la physionomie clinique de cette aménorrhée temporaire chez les tuberculeuses pulmonaires?

Malheureusement, l'aménorrhée une fois constituée persiste et se continue indéfiniment. C'est le tableau clinique général qu'on voit dans les hôpitaux où on soigne des malades à lésions pulmonaires avancées. A l'Hôpital Villemin, dans le service du professeur agrégé M. Perrin, nous avons pris de nombreuses observations probantes à cet égard. Néanmoins, nous avons eu l'occasion de voir quelques cas de l'aménorrhée temporaire (Obs. XV). On peut la constater surtout dans les sanatoria et dans les maisons hospitalières où l'hygiène, en même temps que le traitement, donnent le meilleur rendement en faveur de l'amélioration de la tuberculose.

Au cours de la tuberculose pulmonaire chronique, le premier flux cataménial, survenant après une pause aménorrhéique de quelques mois, acquiert une signification pronostique de tout premier ordre. En effet, cette réapparition de la menstruation témoigne de l'amélioration qui s'est produite dans l'ensemble des défenses de l'organisme. L'économie de l'état anergique tend vers l'allergie; les manifestations vitales commencent à apparaître. C'est la preuve que l'hygiène et le traitement ont réussi, si ce n'est à enrayer le mal, au moins à le brider pour un temps indéterminé. Pourvu que la menstruation apparaisse au moment où, par elle-même, elle ne pourra pas nuire aux lésions pulmonaires, comme cela se passe en général quand l'ensemble de défenses de l'économie n'est pas prêt à parer à cette éventualité. La menstruation est à craindre dans le cas contraire. Après tout, nous ajouterons que, sous aucun prétexte, il ne faut pas chercher à provoquer la menstruation pendant l'état aménorrhéique constitué. Toute la thérapeutique mise en œuvre à cet effet est tout

à fait nuisible. Au contraire, l'hygiène et le traitement général de la tuberculose (s'ils y réussissent) amèneront l'apparition de la mènstruation dans un moment propice et compatible avec l'état général et avec l'état des lésions pulmonaires.

L'aménorrhée doit disparaître progressivement de la même façon qu'elle s'est installée.

Notons en passant que l'aménorrhée temporaire est la phase où les équivalents menstruels sont très fréquents.

d) AMÉNORRHÉE DÉFINITIVE. SA SIGNIFICATION
CHEZ LES TUBERCULEUSES PULMONAIRES.

Nous savons que l'aménorrhée définitive est l'expression de la déchéance de l'économie. Une fois définitivement constituée, l'aménorrhée devient un facteur important dans l'évolution de la tuberculose. Comment et pourquoi? L'aménorrhée ne veut pas dire la mort de la glande ovarienne. Elle veut dire seulement que la mènstruation, la manifestation extérieure de la vitalité ovarienne normale n'apparaît pas. Dans ces cas, les fonctions de l'ovaire sont déviées et retentissent sur l'état général agissant synergiquement avec les toxines tuberculeuses. Les suppléances endocriniennees sont minimales ou nulles, ce qu'on peut prouver par de tests biologiques (Claude).

L'aménorrhée définitive est une présomption de l'existence de l'hyperparasymphaticotonie et de l'hyponeurotonie qui, à leur tour, sont des signes de très mauvais augure.

§ 4. — Signification et interprétation de la ménopause précoce chez les tuberculeuses pulmonaires.

Par ménopause on comprend l'état d'une femme chez laquelle, après une vie génitale normale, entre 40 et 50 ans, la menstruation et tout ce qui s'y rattache disparaît complètement. Cette disparition est généralement progressive. Au contraire, si elle est brusque, les répercussions sont notables dans le domaine de l'économie. Dans ce cas, tout un complexe des symptômes apparaît inévitablement. Donc l'ovaire, après une évolution normale, physiologique, commence à régresser de la même façon, comme le thymus par exemple, quoique après un temps beaucoup plus long que ce dernier.

Par conséquent, la ménopause est un état inévitable, survenant entre 45 et 50 ans, comme la conséquence de la physiologie inhérente à l'économie féminine. Etant progressives en général, les suppléances endocriniennes se font à merveille et à tel point que, dans la majorité des cas, les femmes sortent de cette épreuve, si ce n'est avec de petites perturbations, au moins sans grandes répercussions sur l'état général.

La ménopause précoce chez les tuberculeuses est une expression bien vague et qui mérite d'être discutée. A vrai dire, il ne s'agit pas de ménopause comparable par sa signification physiologique à celle que nous avons mentionnée ci-dessus. Ce n'est pas la ménopause survenant physiologiquement avec tout l'ensemble des suppléances endocriniennes. Au contraire, la ménopause tuberculeuse

a un caractère tout à fait particulier. En effet, par l'exploration du système sympathique et parasympathique, on est en mesure de séparer cliniquement *la ménopause proprement dite* de la *ménopause tuberculeuse précoce*. Dans la première, il y a prédominance des symptômes hypersympathicotoniques (dus, dans la majorité des cas, à l'hyperthyroïdie); dans la seconde, au contraire, ce sont des symptômes hyperparasympathicotoniques qui prédominent. De tout cela se dégage une idée assez nette, c'est que la *ménopause physiologique* se manifeste par un ensemble de symptômes autres que celui qu'on constate au cours de la *ménopause tuberculeuse*.

Nous dirons donc que la ménopause précoce des tuberculeuses n'a pas la signification de la ménopause survenue chez les femmes bien portantes. La première porte en elle-même une empreinte pathologique tout à fait typique (avec hyperparasympathicotonie); la seconde est l'aboutissant d'un processus physiologique normal inhérent à l'économie féminine (avec hypersympathicotonie). Comme on le voit, la différence entre ces deux états n'est pas minime. Pour conclure, et pour éviter de confondre ces deux états bien différents, nous dirons que *la ménopause tuberculeuse n'est que l'état aménorrhéique définitif précoce* avec le tableau clinique que nous avons tracé ailleurs (voir p. 35).

Le mot ménopause doit être conservé pour la *ménopause physiologique normale*, dont nous avons dit quelques mots au commencement de cet article.

§ 5. — Les suppléances menstruelles et leur signification
chez les tuberculeuses pulmonaires.

L'étude des suppléances menstruelles est une des questions les plus importantes chez les tuberculeuses en général et chez les tuberculeuses pulmonaires en particulier.

Qu'entend-on par suppléance menstruelle? La suppléance menstruelle est un phénomène pathologique se manifestant, en même temps que le flux cataménial, phénomène du domaine de la physiologie normale de la femme.

Nous ne dirons rien des suppléances menstruelles (insignifiantes d'ailleurs) chez les femmes bien portantes, ainsi que de celles des malades atteintes d'une affection aiguë fébrile, chronique ou dyscrasique. C'est sur les suppléances menstruelles chez les tuberculeuses pulmonaires que nous donnerons quelques détails.

En étudiant les troubles menstruels au cours des différentes phases évolutives de la tuberculose pulmonaire, nous avons vu que les suppléances menstruelles apparaissent surtout pendant la période vraiment évolutive de la tuberculose. En effet, c'est la phase la plus intéressante, tant au point de vue de l'étude des suppléances menstruelles qu'au point de vue pronostique qui se dégage de cette étude. Cet état traduit une lutte sans merci entre les éléments morbides qui attaquent l'économie et les éléments nobles, physiologiques, destinés à s'opposer aux premiers. La lutte en question est plus intense chez la femme que chez l'homme (pour le même degré de l'intoxi-

cation), parce que le rôle de la menstruation nous est connu comme aggravant au cours des états pathologiques chez la femme.

Si maintenant la menstruation survient au cours de cette phase évolutive de la tuberculose pulmonaire, que se passera-t-il? Etant un facteur incontestable d'aggravation, elle se répercutera dans le domaine des lésions pulmonaires ou partout ailleurs où le terrain a été affaibli par les toxines tuberculeuses. Ces répercussions se manifestant au cours du flux cataménial, sont des suppléances menstruelles. Dans la majorité des cas, une suppléance est toujours la même pour la même malade. Parfois, de multiples suppléances peuvent survenir au cours de la menstruation.

Par ordre d'importance et de fréquence au point de vue clinique, ces suppléances menstruelles peuvent être énumérées comme suit : hémoptysie, diarrhée, epistaxis, gastro et enterorragie, vomissements, flux hémorroïdaire, sueurs; puis hoquet, nausées, crises asthmatiformes, coliques néphrétiques ou hépatiques, maux de tête, migraines, purpura, perte de cheveux, etc., etc. (Sabourin, Riebold).

Dans nos observations, nous pouvons citer quelques suppléances menstruelles, notamment : hémoptysie (Obs. XI); diarrhée (Obs. X, XVI); epistaxis (Obs. X); gastrorragie (Obs. XIV); enterorragie (Obs. XIII); vomissements (Obs. VI); perte d'une grande quantité de cheveux à chaque menstruation (Obs. XIX).

Si on explore, pendant les suppléances menstruelles, le système sympathique et parasympathique, on voit une augmentation notable du tonus du système parasympa-

thique. Cette exploration nous donne une idée sur le pronostic qui est réservé dans le cas particulier.

Pour le même degré de l'intoxication tuberculeuse, l'exploration du système sympathique et parasympathique chez l'homme ne donnera pas un ensemble des symptômes hyperparasymphaticotoniques aussi prononcés que chez la femme. Il est aisé de conclure que c'est la menstruation et tout ce qui s'y rattache qui est le facteur responsable de l'hyperparasymphaticotonie plus accentuée que chez l'homme pour le même degré de l'intoxication. En outre, les complications tuberculeuses sont beaucoup plus fréquentes et incomparablement plus nombreuses chez la femme que chez l'homme (Daremberg).

Quelle est la *conduite à tenir* pendant la menstruation et pendant les suppléances menstruelles chez les tuberculeuses pulmonaires? *C'est ici que la surveillance de l'appareil génital féminin acquiert une grande importance.* En effet, étant bien fixé sur l'échéance de la menstruation, ainsi que sur la suppléance menstruelle habituelle dans un cas quelconque, on peut prendre des mesures, sinon tout à fait efficaces, au moins très utiles pour parer aux aggravations notables de l'état général, qui sont l'apanage de ces troubles menstruels.

Donc, quelques jours avant l'échéance, prendre la température régulièrement; surveiller les lésions pulmonaires par des examens répétés; prescrire le repos absolu; réduire momentanément l'arsenal thérapeutique au strict nécessaire et observer l'hygiène dans toute sa rigueur. En outre, avec l'intention de faire dériver ou faire disparaître la suppléance menstruelle, on peut prescrire des bains de pieds chauds prolongés et répétés; révulsions légères sur

les membres inférieurs, ainsi que sur la région lombaire; laxatifs légers et répétés, etc., etc. (Sabourin).

Si la suppléance habituelle est une hémoptysie, tâcher de faire observer le repos absolu et donner à temps une quantité appréciable du sérum gélatiné, de la trinitrine *per os*, etc., etc. S'il s'agit d'une gastro ou entérorragie, prescrire alors : repos absolu, alimentation légère et réduite, sucer des morceaux de glace, donner du sérum gélatiné, pas de médicaments aussi nombreux que différents, etc., etc.

En résumé, la surveillance minutieuse des époques, l'hygiène et le traitement raisonné sont de rigueur.

L'efficacité de ces facteurs n'est pas remarquable, mais elle est assez appréciable.

§ 6. — Les équivalents menstruels et leur signification chez les tuberculeuses pulmonaires.

« Il est à peu près admis que, pendant les dix, douze ou quatorze jours qui précèdent le flux menstruel, l'évolution anatomopathologique qui se passe dans l'ovaire s'accompagne de sécrétions endocriniques au fur et à mesure résorbées par le sang, qui vont encombrer la circulation générale. S'il n'y a pas fécondation, l'effort de l'organisme, pour se débarrasser de ces produits anormaux et nocifs du moment qu'ils ne sont pas utilisés, se traduit par le molimen menstruel dont la signature normale est le flux sanguin par l'utérus » (Sabourin). Ces quelques lignes nous seront plus loin très utiles pour l'interprétation des équivalents menstruels.

L'équivalent menstruel est une manifestation pathologique qui, par son apparition, remplace le flux cataménial au moment de l'échéance de ce dernier. Donc il équivaut à une menstruation qui n'apparaît pas.

Nous avons déjà signalé (p. 35) que c'est à la fin de la période évolutive de la tuberculose pulmonaire, ou mieux au commencement de l'état anergique de l'économie, que les équivalents menstruels se manifestent le plus souvent. C'est, en effet, la phase correspondant à toutes les déviations fonctionnelles de l'ovaire. Il n'y a pas de menstruation, mais les produits déviés agissent sur d'autres territoires atteints par les toxines tuberculeuses.

« Si l'on considère que la tuberculose, d'une part, touche, avec une prédilection marquée les fonctions ovariennes; que, d'autre part, elle exalte, décuple les tares générales et locales des individus qu'elle atteint, et qu'enfin elle crée dans l'organisme des lésions multiples, il est facile de comprendre que le sang chargé de poisons endocriniens de l'ovulation s'en débarrassera plus malaisément par les voies habituelles et que, comme conséquence, le molimen hémorragique se portera plus volontiers sur les points de l'économie qui se défendront mal pour toute raison possible et surtout parce que la tuberculose les a altérés » (Sabourin).

On ne pourrait mieux expliquer les équivalents menstruels. Le nombre des équivalents menstruels est assez élevé. On peut les énumérer comme suit: fièvre menstruelle, hémoptysie, épistaxis, diarrhée, congestion pulmonaire, flux hémorroïdaire, sueurs, vomissements bilieux, leucorrhée, rhinorrhée, bronchorrhée, congestion hépatique menstruelle, etc.

Dans nos observations, nous citerons quelques équivalents menstruels, notamment : fièvre menstruelle, hémoptysie, diarrhée et sueurs.

Après avoir donné la raison d'être de ces équivalents menstruels, demandons-nous ce que l'on pourrait faire pour les enrayer et pour provoquer l'apparition de la menstruation? Ici, la question est délicate plus qu'on ne le croit. L'organisme est en déchéance. La menstruation disparue ne doit être provoquée par aucun moyen thérapeutique pour les raisons que nous savons. Tout ce que l'on peut faire, c'est de s'assurer de la date de l'échéance de l'équivalent, toujours le même pour la même malade, et d'instituer une conduite à tenir comme au cours des suppléances menstruelles (p. 44).

C'est à noter qu'en dehors des équivalents menstruels, comme pendant leur durée, l'exploration du système nerveux sympathique montre la prédominance d'une hyperparasymphaticotonie, syndrome éminemment typique de la déchéance de l'économie.

§ 7. — **Autres troubles menstruels chez les tuberculeuses pulmonaires.**

Après les troubles menstruels décrits ci-dessus, nous tâcherons de donner quelques détails sur les troubles suivants :

a) **TROUBLES PORTANT SUR LA RÉGULARITÉ DES RÈGLES CHEZ LES TUBERCULEUSES PULMONAIRES.**

Nous n'apprendrons rien à personne en disant que les

règles sont irrégulières, dans la majorité des cas, chez les tuberculeuses pulmonaires, et surtout chez les malades hospitalisées pour des lésions avancées. Cette irrégularité consiste surtout *en anticipation et en retard de l'apparition du flux cataménial*. A l'Hôpital Villemin, dans le service du professeur agrégé M. Perrin, nous avons pu nous rendre compte de ces irrégularités d'autant plus que nous y avons observé quelques malades pendant plus de neuf mois. Quelles sont les conclusions à tirer de nos observations sur l'irrégularité des règles?

L'anticipation du flux cataménial, variant de deux à quinze jours, se manifeste généralement chez les malades présentant l'apogée de la lutte physiopathologique qui s'accomplit dans l'économie sous l'influence de la toxine tuberculeuse. Toutes les glandes sont mises en branle; la glande ovarienne aussi. Cet hyperfonctionnement des glandes endocrines a pour but de mettre à la disposition de l'économie des éléments antitoxiques capables de s'opposer aux toxines tuberculeuses. L'influence de la menstruation anticipée sur les lésions tuberculeuses existantes, ainsi que sur l'état général, dépendra (comme toujours d'ailleurs) du pouvoir antitoxique que présente l'économie.

C'est chez les malades à règles anticipées que l'on peut constater une prédominance des symptômes appartenant tantôt au syndrome hypersympathicotonique, tantôt au syndrome hyperparasymphicotonique. La prédominance du premier est une preuve du bon état défensif de l'organisme; la prédominance du second est l'expression de la déchéance rapprochée de l'économie. Dans le premier cas, le R. O. C. est généralement normal; dans le deuxième, au contraire, presque toujours positif.

Le retard des règles, variant de deux à vingt jours et plus, est de beaucoup plus fréquent. Ce retard de l'apparition du flux cataménial traduit l'imprégnation toxinique assez prononcée. Le retard des règles est presque constant chez les malades à lésions avancées. Tôt ou tard, il mène vers l'aménorrhée, dont nous avons longuement parlé (p. 31).

Il faut signaler encore que les menstruations anticipées sont en général plus abondantes et plus durables que les flux cataméniaux retardés. Les premières seraient l'expression des réactions multiples et violentes qui se produisent dans l'économie sous l'influence de la toxine tuberculeuse et du dysfonctionnement ovarien; les époques retardées, au contraire, traduisent le déclin de l'organisme, ainsi que l'agonie des fonctions ovariennes jusqu'alors normales.

**b) TROUBLES PORTANT SUR LA DURÉE DES RÈGLES
CHEZ LES TUBERCULEUSES PULMONAIRES.**

La durée normale des règles est de quatre à cinq jours (E. Weil). Elle est généralement diminuée chez les malades à lésions avancées, et qui présentent des retards du flux cataménial. Au contraire, quelquefois, chez les malades à règles anticipées, le flux peut durer de quatre à douze jours et plus.

Plus loin, nous verrons la physionomie clinique de ces flux prolongés ou diminués.

**c) TROUBLES PORTANT SUR LA QUANTITÉ DU SANG DE LA
MENSTRUATION CHEZ LES TUBERCULEUSES PULMONAIRES.**

D'après Vignes, la quantité moyenne du sang qui s'écoule

pendant une époque cataméniale chez une femme bien portante, est de 37 cmc. Nous n'avons pas fait d'investigations cliniques dans ce domaine si délicat. D'après les dires des malades et d'après les observations de nombreux auteurs (Daremborg, Riebold, Dluski), la quantité du sang cataménial est notablement diminuée chez les tuberculeuses pulmonaires.

La quantité de sang est augmentée quelquefois dans les flux anticipés; à vrai dire, cette augmentation est l'expression de l'avance menstruelle due elle-même aux perturbations humorales qui sont fréquentes chez les tuberculeuses pulmonaires.

Dans les menstruations retardées, la quantité du sang est en général au-dessous de la normale.

d) TROUBLES PORTANT SUR LA QUALITÉ DU SANG MENSTRUEL CHEZ LES TUBERCULEUSES PULMONAIRES.

« Le sang menstruel chez les tuberculeuses présente une hypoglobulie assez notable. La quantité de l'hémoglobine baisse de 1 à 2%. Le sang menstruel ne se coagule presque pas chez les tuberculeuses pulmonaires. » (VIGNES, *Thèse de Paris*. Service du professeur Pinard, 1913).

e) LE POULS AU COURS DES TROUBLES MENSTRUELS CHEZ LES TUBERCULEUSES PULMONAIRES.

Nous avons étudié tout particulièrement le pouls au cours des troubles chez les tuberculeuses pulmonaires.

La tachycardie est l'apanage de la tuberculose pulmonaire en particulier. Au cours des troubles menstruels, la

tachycardie est encore plus prononcée qu'en dehors de ces troubles. Cette accentuation de la tachycardie peut se manifester à peu près au cours de tous les troubles menstruels possibles.

La bradycardie est rare, quoique le syndrome hyperparasympathicotonique soit très fréquent, surtout pendant les troubles menstruels au cours de la tuberculose pulmonaire avancée.

Pour en revenir à la tachycardie, nous dirons, avec notre ami Radmilo Yovanovitch, qu'elle est due à de multiples causes, notamment aux causes : mécaniques (compression du vague); hydrodynamiques (hypotension artérielle, apapage des tuberculeux avancés); toxiques (imprégnation toxinique du système organo-végétatif); endocriniennes (intervention des glandes endocrines, surtout de la thyroïde et des surrénales); myogènes (lésions du myocarde).

La plus importante des causes, dans le cas particulier, paraît être l'imprégnation toxinique qui paralyse les centres modérateurs et entraîne nécessairement la tachycardie.

L'étude de la tachycardie au cours des troubles menstruels chez les tuberculeuses pulmonaires est très instructive. En effet, elle est un moyen à la portée de tous, qui permet de se rendre compte des répercussions minimes ou graves des troubles menstruels sur la tuberculose et sur l'état général de l'économie.

Demandons-nous maintenant quelle est la signification de la tachycardie au cours des troubles menstruels chez les sujets à *imprégnation toxique moyenne* et quelle est, d'autre part, la signification de cette tachycardie au cours des troubles menstruels chez les tuberculeuses *profondé-*

ment imprégnées? La tachycardie (étant considérée comme l'apanage constant de la tuberculose), au cours des troubles menstruels, peut se présenter sous deux aspects cliniques bien différents :

1^o Quand il s'agit de malades *moyennement intoxiquées*, et qui sont en plein état allergique, la tachycardie est l'expression des réactions multiples qui s'accomplissent dans l'économie. En outre, l'hyperfonctionnement glandulaire (surtout hyperthyroïdie et hyperépinéphrie) concourt à la production des antitoxiques en même temps qu'il supplée aux fonctions ovariennes compromises dans le cas particulier. A ce moment, l'étude du R. O. C. est très instructive. En effet, dans beaucoup de ces cas, le R. O. C. reste normal. Il prouve que l'organisme se défend bien. En même temps, le R. O. C. normal nous dit que nous sommes encore loin de l'état hyperparasymphaticotonique, syndrome de la déchéance de l'économie dans la majorité des cas.

Donc pour une imprégnation moyenne, avec les suppléances endocriniennes au complet, pour un état allergique incontesté, pour le R. O. C. normal, nous avons une tachycardie que nous pouvons appeler *la tachycardie défensive*, qui se différencie nettement de celle que nous décrivons dans les lignes suivantes.

2^o Au contraire, chez les malades *profondément touchées*, la tachycardie au cours des troubles menstruels traduit l'atteinte toxinique dans le domaine du système parasympathique, notamment dans le domaine du vague. Ici les suppléances glandulaires sont minimales ou plutôt nulles, le dysfonctionnement ovarien est incontestable. Le R. O. C. est franchement positif, ce qui traduit l'atteinte

ou mieux l'élévation du tonus du parasympathique. L'économie est en état d'anergie complète.

Donc, pour une *imprégnation toxique prononcée*, avec absence de suppléances endocriniennes, pour un état anergique incontesté, pour le R. O. C. franchement positif, nous avons une tachycardie que nous pouvons appeler *la tachycardie de déchéance*.

Par conséquent, la *tachycardie défensive* appartiendra en général au syndrome hypersympathicotonique; la *tachycardie de déchéance* est inséparable du syndrome hyperparasympathicotonique.

Nous ajouterons encore que, pour le même degré d'intoxication tuberculeuse, la *tachycardie défensive* sera plus durable chez l'homme que chez la femme. D'autre part, la *tachycardie de déchéance* sera plus tardive chez l'homme que chez la femme. En outre, le R. O. C., pour le même degré d'intoxication, reste plus longtemps normal chez l'homme que chez la femme; chez cette dernière, il devient positif beaucoup plus tôt que chez l'homme. La conclusion s'impose: les troubles des fonctions génitales de la femme sont des facteurs assez importants pour les prendre en considération dans l'appréciation des données cliniques ci-dessus.

f) TENSION ARTÉRIELLE AU COURS DES TROUBLES MENSTRUELS CHEZ LES TUBERCULEUSES PULMONAIRES.

En étudiant la tension artérielle au cours des troubles menstruels et en dehors d'eux chez les tuberculeuses pulmonaires, nous avons constaté deux faits:

1° Chez toutes les malades à imprégnation toxique peu

prononcée, chez lesquelles les suppléances glandulaires (thyroïdienne et surrénalienne en particulier) sont au complet et le R. O. C. normal, nous avons constaté : ou une légère hypertension ou, ce qui est plus fréquent, l'absence de modification de la tension au cours des troubles menstruels ;

2^o Chez les malades profondément touchées, chez lesquelles les suppléances glandulaires n'existent pas avec le R. O. C. positif, l'hypotension est de règle au cours des troubles menstruels.

C'est tout ce que nous avons pu déduire de l'étude sur la tension artérielle au cours des troubles menstruels chez les tuberculeuses pulmonaires.

§ 8. — Répercussion des troubles menstruels sur la tuberculose et sur les autres systèmes et fonctions de l'économie.

A maintes reprises nous avons parlé des répercussions des troubles menstruels sur la tuberculose, ainsi que sur l'état général. A côté de cela, nous avons signalé bien souvent (p. 3) les états tuberculeux qui sont les plus propices pour que ces troubles puissent jouer le rôle des facteurs morbides synergiquement avec la toxine tuberculeuse. L'étude de ces troubles nous a prouvé encore que l'ensemble des fonctions ovariennes anormales est un facteur quasi morbide pour l'économie tuberculeuse. En outre, il faut toujours avoir à l'esprit la fonction menstruelle au cours d'une phtisie galopante et le premier flux cataménial post-partum pour bien se rendre compte des répercussions

morbides de ces époques sur la tuberculose, ainsi que sur l'état général.

Les répercussions des troubles menstruels sont multiples et se portent sur tous les systèmes et toutes les fonctions de l'économie. Nous n'entrerons pas dans une discussion détaillée de ces répercussions, d'autant plus qu'à maintes reprises nous avons longuement abordé ce sujet (voir p. 38).

Quant aux répercussions de ces troubles sur le système nerveux sympathique, nous les étudierons avec quelques détails dans le chapitre suivant.

CHAPITRE V.

Etude clinique des réactions du système sympathique et parasympathique, au cours des troubles menstruels chez les tuberculeuses pulmonaires.

Ici nous n'avons pas la prétention de donner une solution sur tout ce qui touche le rôle de la glande ovarienne pour les réactions du système sympathique et parasympathique. Nous nous proposons seulement de donner quelques esquisses cliniques telles qu'elles se sont présentées à nous au cours du travail à l'Hôpital Villemin.

Jusqu'à présent, il a été extrêmement difficile de se faire une idée nette et précise sur les fonctions intimes de la glande ovarienne et sur les répercussions de ces fonctions

sur le système sympathique et parasympathique (Guillaume, Schafer, Aschner, etc.).

Dans la thèse inaugurale de mon ami Radmilo Yovanovitch, où il a exposé l'ensemble des troubles sympathiques chez les tuberculeux pulmonaires, on peut trouver des données extrêmement utiles pour l'étude qui nous occupe.

Voici, d'après lui, une classification à pourcentage approximatif pour les principaux syndromes sympathiques chez les tuberculeux pulmonaires :

Hyperparasympathicotonie.....	41,66 %
Hyponeurotonie.....	27,77 %
Hypersympathicotonie.....	19,44 %
Hyperneurotonie.....	11,11 %

Il a démontré encore que ce sont le degré de l'imprégnation toxique, ainsi que le taux des défenses organiques, qui donnent l'empreinte au tonus du système sympathique et parasympathique. L'organisme se défend-il bien, l'imprégnation est-elle peu prononcée, l'hypersympathicotonie est fréquente ; l'hyperparasympathicotonie ou l'hyponeurotonie sont presque de règle chez les malades à lésions très avancées.

Ceci dit, essayons d'appliquer ces données à l'influence des troubles menstruels sur le système nerveux sympathique et d'en tirer quelques conclusions cliniques, appuyées sur les faits que nous avons observés.

A maintes reprises, nous n'avons pas cessé de répéter que la gravité d'un trouble menstruel, ainsi que la gravité de sa répercussion, n'est que l'expression du degré de l'imprégnation et du taux des défenses organiques. Car les légers troubles menstruels, se manifestant au commen-

cement de l'imprégnation tuberculeuse chez un sujet qui se défend bien, n'ont pas de conséquences sur la tuberculose ni sur l'état général. Dans ces cas, les suppléances glandulaires (surtout hyperthyroïdie et hyperépinéphrie) surviennent et combler les lacunes des petites déficiences ovariennes. Ici l'hypersympathicotomie est fréquente.

Au contraire, dans les états tuberculeux avancés, les troubles menstruels donnent des répercussions fâcheuses, tant sur la tuberculose elle-même que sur l'état général. L'hyperparasymphaticotomie est de règle dans ces cas.

Actuellement, dans l'endocrinologie, pour se faire une idée précise sur l'intimité des fonctions de chaque glande endocrine en particulier, on a l'habitude de les étudier au point de vue hyperfonctionnement, hypofonctionnement et dysfonctionnement (Laignel-Lavastine, Schoeffler, Guillaume, Lévy).

La fonction normale de chaque glande étant supposée connue, les études expérimentales et les investigations cliniques ont pu donner quelques notions sur leurs fonctions aberrantes (Laignel-Lavastine, Schoeffler, etc.).

Nous ne nous occuperons que de l'ovaire et un peu de la thyroïde, laissant de côté toutes les autres glandes.

De l'ensemble de nombreuses observations que nous avons prises à l'Hôpital Villemin, dans le service du professeur agrégé M. Perrin, nous avons pu dégager quelques types cliniques bien caractéristiques qui concernent les fonctions ovariennes en général et leurs répercussions sur le système nerveux sympathique.

Pour présenter ces types cliniques, et pour les mettre en

relief, nous répartirons les malades en trois catégories, d'après le degré de l'imprégnation toxique :

1^o Malades à *imprégnation toxique peu prononcée* et chez lesquelles les fonctions ovariennes sont à peu près normales;

2^o Malades à *imprégnation toxique assez prononcée* chez lesquelles les troubles menstruels sont nombreux et, en même temps, ils sont de vrais témoins de toutes les réactions qui s'accomplissent dans l'économie sous l'influence de la toxine tuberculeuse et de celle du dérèglement des fonctions ovariennes;

3^o Malades à *imprégnation toxique très prononcée* chez lesquelles les troubles menstruels sont les témoins de la déchéance de l'économie, ainsi que du dysfonctionnement extrême des fonctions ovariennes, sans aucune suppléance glandulaire profitable pour la défense de l'organisme.

En partant des termes hyper, dys et hypofonctionnement de la glande ovarienne, ayant aussi à l'esprit l'anovarie complète, demandons-nous quelles seront les réactions du système nerveux sympathique au cours de ces états chez les malades des trois catégories ci-dessus.

Tout d'abord chez les malades à *imprégnation peu prononcée*, on présume un léger hypofonctionnement de l'ovaire. Pourquoi? Parce que la menstruation est à peu près normale, si ce n'est un peu déficiente, en ce qui concerne sa régularité, sa durée, sa quantité et sa qualité. Une légère hyperthyroïdie supplée à cette petite déficience de la glande ovarienne. L'exploration du système nerveux sympathique nous donne : le R. O. C. normal, une ébauche de *tachycardie défensive* dont nous avons parlé (voir p. 48)

et quelques symptômes du syndrome hypersympathicotonique.

Chez les malades à *imprégnation toxique assez prononcée*, le dysfonctionnement ovarien est incontestable, ainsi que l'hyperfonctionnement. La prédominance de l'un ou de l'autre de ces fonctionnements aberrants de l'ovaire traduirait l'état de l'économie qui serait beaucoup plus mauvais dans le dysfonctionnement que dans l'hyperfonctionnement de la glande. Les troubles menstruels, avec toutes leurs répercussions possibles, sont au complet chez ces malades. L'exploration du système nerveux sympathique nous donnera des renseignements très précieux sur le taux des défenses organiques. Il ne faut pas oublier que nous sommes ici en présence de malades qui sont dans un état intermédiaire entre l'allergie et l'anergie, vu la complexité des réactions qui s'accomplissent dans l'économie sous l'influence de la toxine tuberculeuse et des fonctions aberrantes de l'ovaire. Rien d'étonnant alors si, par l'exploration du système nerveux sympathique, nous constatons tantôt le syndrome hypersympathicotonique, tantôt les symptômes de l'hyperparasymphaticotonie. En effet, le R. O. C. normal, la tachycardie défensive qui permet de déceler une hyperthyroïdie de suppléance, quelques symptômes du syndrome hypersympathicotonique nous diront que l'économie se défend bien et que le taux des défenses organiques n'est pas déficient. Dans ce cas, l'organisme est en état d'allergie. Au contraire, le R. O. C. positif, la tachycardie de déchéance, l'absence des suppléances glandulaires, la pléiade des symptômes du syndrome hyperparasymphaticotonique nous confirmeront

que l'organisme est en déchéance. L'état anergique est indiscutable.

Enfin, chez les malades à *imprégnation toxique très prononcée*, qui présentent des déficiences endocriniennes notables, l'exploration du système nerveux sympathique nous révèle toujours une hyperparasymphaticotonie très accentuée. Car, le R. O. C. nettement et toujours positif, la tachycardie de déchéance, le manque des suppléances glandulaires, l'aménorrhée définitive, la gravité de l'état général plaident pour le syndrome hyperparasymphaticotonique. Inutile de répéter que l'économie se trouve dans un état d'anergie complète.

Quelles sont maintenant les conclusions à tirer des données ci-dessus?

Nous croyons que l'exploration du système nerveux sympathique au cours des troubles menstruels chez les tuberculeuses pulmonaires pourra nous donner des renseignements assez précis sur l'état de défense de l'économie, ainsi que sur la valeur morbide du trouble dont il s'agit. En effet, une menstruation presque normale (sans fièvre, etc.), le R. O. C. normal, la tachycardie défensive, une légère hypertension, quelques symptômes du syndrome hypersymphaticotonique ont la valeur d'un pronostic assez favorable.

Au contraire, une époque anormale (avec fièvre, suppléances, équivalents, etc.), le R. O. C. positif, la tachycardie de déchéance, l'hypotension, le syndrome hyperparasymphaticotonique sont des symptômes de mauvais augure.

Enfin, nous ajouterons que les troubles de l'appareil

génital féminin donnent une empreinte non seulement à l'allure de la tuberculose chez la femme, mais aussi aux syndromes sympathiques (surtout parasympathiques), qui sont sûrement plus prononcés et de beaucoup plus précoces chez cette dernière que chez l'homme.

CHAPITRE VI

Opothérapie ovarienne au cours des troubles menstruels chez les tuberculeuses pulmonaires.

Il est hors de notre compétence de traiter l'influence et la valeur antitoxique de l'opothérapie ovarienne dans la tuberculose en général et dans la tuberculose pulmonaire en particulier. De nombreux auteurs se sont passionnément occupés de cette question. Les résultats sont loin d'être concordants à ce sujet. Plus nombreux encore sont ceux qui recommandent l'opothérapie ovarienne à tort et à travers dans tous les états tuberculeux. En effet, sur la petite table de malade, chargée « d'élixirs et de cachets antituberculeux », les cachets d'ovarine ne manquent presque pas. On les donne à n'importe quelle phase de la maladie, au cours de la fièvre, des suppléances, des équivalents menstruels, de l'aménorrhée, en un mot au cours de tous les troubles menstruels. On les a donnés même aux jeunes filles tuberculeuses qui n'ont jamais été réglées, à cause de l'imprégnation toxique précoce et prononcée.

(voir p. 2), dans l'intention de provoquer la menstruation. Quelle erreur ! Citons d'abord quelques opinions sur la valeur de l'opothérapie ovarienne dans la tuberculose.

Jaquierod, de Leysen, dit que l'opothérapie ovarienne combat la tuberculose et régularise toutes les déficiences ovariennes.

Duchamps, de Marseille, prétend que les extraits ovariens ont une action nettement antitoxique.

Wittegenstein, de Vienne, dit avoir démontré expérimentalement que l'extrait ovarien atténue la virulence du bacille de Koch.

Coulaud, de Paris, affirme que l'opothérapie ovarienne combat l'hyperthyroïdie tout en élevant la valeur allergique de l'économie, etc., etc.

De nombreux auteurs sont de l'avis tout à fait contraire (Lorand, Stanton, Brandenstein, etc.).

Nous laisserons de côté cette étude générale sur la valeur de l'opothérapie ovarienne, pour nous occuper seulement de l'efficacité ou de l'inefficacité de cette opothérapie au cours des troubles menstruels chez les tuberculeuses pulmonaires.

De deux choses l'une : ou l'opothérapie concourt, par son action antitoxique, à l'amélioration de l'état général de l'économie, et de ce fait même combat les déficiences ovariennes ; ou elle est capable d'influencer (par des principes inconnus) directement et favorablement les fonctions ovariennes déviées et compromises par la toxine tuberculeuse.

L'hypothèse sur la valeur de son action générale est plus plausible que celle concernant son action directe sur l'ovaire. En effet, l'opothérapie ovarienne telle qu'elle est (avec les produits sous toutes les formes et préparés de

multiples façons), est loin de posséder en elle-même des facteurs quasi physiologiques capables d'influencer directement les fonctions ovariennes compromises par la tuberculose.

Maintenant, quelle est la valeur de l'opothérapie ovarienne *au cours des troubles menstruels* chez les tuberculeuses pulmonaires? Elle est presque nulle. Pourquoi? En étudiant les troubles menstruels (voir p. 40), nous avons vu que toute la thérapeutique ayant pour but de supprimer ou de provoquer le flux cataménial est désavantageuse, non seulement pour l'état général, mais aussi pour l'allure de la tuberculose. L'opothérapie ovarienne n'apporte rien de positif à l'atténuation de ces troubles menstruels. (Entendons-nous bien, il s'agit ici de l'administration de l'opothérapie ovarienne *au cours des troubles menstruels*.) Comment pourrait-il en être autrement? A la multiplicité des drogues et des cachets administrés aux malades s'ajoute encore un élément (avec toute sa complexité) qui, déversé dans le torrent humoral, le vrai laboratoire des réactions physiopathologiques de tout ordre, se comporte plutôt comme un facteur d'aggravation. Son inefficacité est marquée surtout au cours des troubles menstruels survenus chez les malades qui sont dans un état d'anergie complète.

Il est, en outre, plus difficile de comprendre l'action directe de cette opothérapie ovarienne sur l'ovaire touché, d'autant plus que cette action doit s'exercer par l'intermédiaire d'un milieu humoral lui-même très vicié.

De l'ensemble des données ci-dessus résulte que l'opothérapie ovarienne *au cours des troubles menstruels* n'a pas une valeur telle qu'on le croit généralement. Pour nous, l'opothérapie ovarienne est plutôt nuisible *au cours des*

troubles menstruels prononcés, et surtout chez les malades qui sont dans un état d'anergie incontesté (Obs. XX). Elle peut être prescrite quelquefois, et pendant peu de temps, comme un moyen psychothérapique aux malades préoccupées de leurs troubles menstruels.

Au contraire, l'opothérapie ovarienne serait très utile en dehors des troubles menstruels. Elle agit comme facteur antitoxique et concourt à l'amélioration de l'état général de l'économie (Jaquerod).

CHAPITRE VII

L'état psychique des tuberculeuses en connexion avec la menstruation normale ou pathologique.

Loin de nous l'idée d'effleurer ici une question aussi délicate et aussi passionnante que celle de l'état psychique des tuberculeuses en général. Nous essayerons seulement de dire quelques mots sur l'état psychique des tuberculeuses qui est en connexion intime avec la menstruation normale ou pathologique.

Au cours de notre travail, nous étions bien souvent obligé de faire des interrogatoires, aussi répétés que délicats, sur la menstruation de nos malades. Les réponses, aussi différentes qu'expressives, qui nous ont été données par ces dernières édifieront mieux que nous leur état psychique

en connexion avec leurs fonctions génitales. Voici une série de réponses concernant la menstruation :

« Hélas ! je n'ai jamais été réglée. — Je ne sais pas ce que c'est, mais voilà déjà deux mois que mes règles ne viennent pas. — Oh ! je suis navrée ; voilà plus de deux mois que j'ai eu mon bébé, et mes époques ne reviennent pas. — Soyez tranquille, c'est fini, mes règles n'apparaîtront plus. — Ça va mieux, mes époques sont revenues. — J'é croyais que c'en était fini avec mes époques, et pourtant je les ai eues ce mois-ci ; je suis contente, ça va mieux, je mange bien, et ça s'arrangera, allez ! », etc., etc.

Ce sont quelques réponses qui nous ont été données mot pour mot par nos malades. Elles sont assez éloquentes et nous dispensent d'une analyse minutieuse. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que la menstruation, qu'elle soit normale ou pathologique, pèse beaucoup aux yeux des malades dans l'appréciation de leur mal. En outre, les menstruations normales et pathologiques donnent des empreintes psychiques spéciales aux tuberculeuses.

Si les époques surviennent de n'importe quelle façon, les malades ne jugent pas que leur état est mauvais ; on peut même dire qu'elles sont encouragées un peu. Elles donnent des conclusions optimistes sur l'état de leur mal.

Au contraire, la crainte est grande, si les époques commencent à s'espacer ; la déception est immense, si l'aménorrhée s'installe définitivement.

Il est, au moins pour nous, excessivement difficile de peindre exactement l'état psychique des malades qui récupèrent leurs époques après une période d'aménorrhée de deux à trois mois. C'est quelque chose de surprenant. Les malades se croient de beaucoup améliorées, quelques-unes

même complètement guéries. Pendant ces quelques jours, elles sont gaies, vives, remuantes, coquettes; tout leur sourit.

Le but de ces quelques lignes est de montrer que la menstruation est un facteur dans l'état psychique des tuberculeuses. La menstruation, sous n'importe quelle forme, est un signe de vitalité aux yeux des malades; si, par contre, l'aménorrhée survient, les malades sont désolées; elles y voient l'aggravation de leur mal, réflexion juste, d'ailleurs, à tous les points de vue.

OBSERVATIONS

Nous avons étudié attentivement 140 observations de malades passées antérieurement dans le service du professeur agrégé M. Perrin, et nous avons suivi scrupuleusement, pendant toute leur hospitalisation, 80 autres malades. De l'ensemble de ces 220 observations, qui concernent les troubles menstruels chez les tuberculeuses pulmonaires, nous pouvons dégager le pourcentage approximatif suivant :

1 ^o Règles à peu près normales.....	30 %
2 ^o Aménorrhée définitive.....	35 %
3 ^o Suppléances menstruelles.....	10 %
4 ^o Règles qui ont nettement aggravé les lésions et l'état général.....	6 %
5 ^o Equivalents menstruels.....	4 %
6 ^o Aménorrhée temporaire.....	4 %
7 ^o Aggravation des lésions après les premières époques post-partum.....	3 %
8 ^o Règles tardives chez lymphatiques, anémiques, chlorotiques et scrofuleuses.....	3 %
9 ^o Hérité tuberculeuse qui a entravé le développement et la puberté avec ses attributs.....	3 %
10 ^o Dysménorrhée.....	2 %

Nous ne pouvons pas apporter ici toutes nos observa

tions. Nous tâcherons de présenter une vingtaine d'*observations types* qui suffiront, nous l'espérons du moins, à donner une idée sur les troubles menstruels et leur importance chez les tuberculeuses pulmonaires. Toutes les observations ci-dessous sortent du service de M. le professeur agrégé Maurice Perrin, Hôpital Villemin.

OBSERVATION I

M^{lle} Andrée C..., 17 ans, Malade à imprégnation toxique très précoce et intense. Dès le début de 1916, toux, amaigrissement, faiblesse. Poussées fébriles fréquentes. Cliniquement, signes cavitaires dans le lobe supérieur gauche et la condensation du sommet droit. Lésions progressivement évolutives. En novembre 1921, ramollissement du sommet droit et peu de temps après signes cavitaires. La température oscille entre 37° et 39°. L'état général fortement atteint. Pâleur, amaigrissement (pèse 27 kilogr.); appétit faible, asthénie prononcée (Syndrome hyperneurotonique type. (Obs. XLVIII: R. Yovanovitch).

La malade n'a jamais été réglée. En outre, on constate un développement somatique très inférieur à la normale. Aucun caractère secondaire de la sexualité féminine. C'est une hypotrophique qui a l'air d'un enfant de 8 à 9 ans, malgré ses 16 ans révolus.

Donc, c'est une observation type d'une malade à imprégnation toxique précoce et intense. L'intoxication grave a empêché la puberté de se manifester avec les attributs qui lui sont propres (voir p. 3).

OBSERVATION II

M^{lle} Zoé X..., 16 ans. Antécédents familiaux très chargés.

Malade depuis la plus tendre enfance. Adénopathie cervicale droite suppurée et guérie, qui a dû débiter à l'âge de 3 ans. La suppuration a duré pendant douze ans consécutifs. Elle est très amaigrie, faible; appétit capricieux, sommeil agité, sueurs nocturnes de temps à autre. Cliniquement, une présomption sur l'induration des sommets; à la radioscopie, adénopathie intertrachéobronchique.

La malade n'a jamais été réglée. Pourtant les caractères secondaires de la sensualité féminine ne manquent pas. Les seins sont bien développés, la mutation de la voix s'est effectuée; le squelette, le psychisme sont normaux et correspondent à l'âge de la malade (16 ans). La puberté s'est manifestée avec tous les attributs qui lui sont propres, sauf la menstruation. C'est le type d'un organisme précocement et progressivement imprégné. La menstruation ne tardera pas à venir, pourvu qu'elle apparaisse au moment propice pour ne pas compromettre et aggraver les lésions latentes isolées.

Donc, c'est une observation type d'une malade scrofuleuse à puberté complète et à la menstruation tardive.

OBSERVATION III

M^{lle} Madeleine D..., 19 ans, lingère. Antécédents familiaux assez chargés. Malade anémique depuis sa tendre enfance. Toujours faible et fatiguée. Teint lymphatique. Tumeur blanche du genou gauche depuis 1920. Résection du genou gauche en février 1922. Depuis, amaigrissement, fatigue, anémie prononcée. Appétit capricieux. Ne tousse pas, ne crache pas. Régée à 16 ans, régulièrement, peu abondamment. La durée des époques est de un à deux jours. Actuellement, aucune répercussion sur les lésions pulmonaires qui sont d'ailleurs très discrètes. Pas de suppléances ni d'équivalents menstruels. Le R. O. C. normal; pouls, 85 à 95; donc une tachycardie défensive.

Donc, c'est une observation type d'une malade à imprégnation toxique précoce, minime et lente. La puberté a été tardive (15 ans) et normale. La menstruation tardive (16 ans), sans aucune répercussion sur les lésions latentes. La malade est le type des lymphatiques qu'on voit dans les maisons d'assistance publique (voir p. 12).

OBSERVATION IV

M^{me} Marie G..., 26 ans, ménagère. Antécédents familiaux très chargés. Mari mort de bacilliose pulmonaire. La malade toujours faible, anémique, toussant de temps en temps. A eu deux enfants : le premier, en janvier 1920 (accouchement à terme, suites de couches normales, allaitement normal); le second, en octobre 1921 (accouchement normal d'une fille délicate et difficile à élever). L'allaitement pendant deux mois, puis la malade cesse d'allaiter à cause de l'aggravation de son état général. Quoique tuberculeuse depuis longtemps, les suites de couches, après le premier accouchement, n'ont donné aucune aggravation de l'état général, ni des lésions pulmonaires. Il est à remarquer que la deuxième gestation est survenue peu après le premier accouchement. Mais, deux mois et demi après le deuxième accouchement, la première menstruation survenue marque une phase des plus graves dans l'évolution de la maladie. En effet, depuis la première menstruation post-partum, les lésions brûlent les étapes. Actuellement, l'intoxication est grave, température à grandes oscillations, amaigrissement notable; le R. O. C. nettement positif; tachycardie de déchéance. Cette première menstruation post-partum est suivie d'une aménorrhée complète qui, à son tour, doit être incriminée d'avoir aggravé synergiquement, avec les toxines bacillaires, les lésions tuberculeuses existantes, ainsi que l'état général. En outre, la malade présente une névrite sciatique double due à l'intoxication tuberculeuse autant qu'à la viciation du milieu

humoral par les imperfections endocriniennes, en particulier ovariennes.

Donc, c'est une observation type d'une malade chez laquelle la gestation n'a pas beaucoup aggravé les lésions existantes, tandis que les premières menstruations post-partum ont donné un coup de fouet net aux lésions tuberculeuses en évolution (voir p. 13).

OBSERVATION V

M^{lle} Marg. V..., 17 ans. Pas d'antécédents familiaux ni personnels. A soigné une tante bacillaire pendant deux ans. L'imprégnation présumée depuis deux ans environ. La malade est fatiguée, amaigrie et très irritable. Cliniquement, induration des deux sommets; à la radioscopie, adénopathie intertrachéo-bronchique.

Réglée à 14 ans, très irrégulièrement. Les premières époques apparaissent juste au moment où elle commence à soigner sa tante bacillaire. Sous l'influence de l'imprégnation, les époques prennent un caractère particulier. En effet, la dysménorrhée apparaît avec tout son cortège. C'est la dysménorrhée à type sympathicotonique. Pendant trois mois de séjour à l'hôpital, la malade a été une fois réglée. C'était une dysménorrhée typique qui a duré neuf jours, avec tout un cortège des symptômes comme: maux de tête violents, douleurs dans le bas-ventre et dans la région lombaire; fièvre, facies vivement coloré, peau chaude; le R. O. C. normal, la tachycardie défensive; légère hypertension artérielle, etc.

Donc, c'est une observation type d'une malade qui présente la dysménorrhée du type hypersympathicotonique.

OBSERVATION VI

M^{lle} Georgette L..., 17 ans, ouvrière en peinture. Antécédents familiaux très chargés. Début présumé de la maladie au commencement de 1918. En novembre 1920, pneumonie et pleurésie sèche. Cliniquement, le ramollissement notable du poumon droit; à la radioscopie, nuage cavitaires au sommet droit. La malade est très amaigrie; elle a l'aspect d'un enfant de 8 à 9 ans, malgré ses 17 ans. Appétit nul, digestions pénibles, vomissements fréquents, diarrhée, sueurs nocturnes. Réglée à l'âge de 12 ans, assez régulièrement et abondamment. Crises dysménorrhéiques depuis le début présumé de la maladie. Elles se manifestent par tout un ensemble des symptômes qui, à leur tour, traduisent une hyperparasymphaticotonie notable. En effet, chez cette malade, on peut constater: irrégularités des époques avec les anticipations et les retards; durée variable des flux (de deux à six jours); en outre, douleurs exaspérantes dans le bas-ventre et dans la région lombaire; vomissements bilieux, diarrhées accompagnant la menstruation; maux de tête, sueurs, toux, expectoration, etc. Le R. O. C. exagéré; tachycardie de déchéance.

Donc, il s'agit d'une malade aux lésions pulmonaires très avancées, qui présente une dysménorrhée à type hyperparasymphaticotonique.

OBSERVATION VII

M^{lle} Rose B..., 20 ans, ouvrière en faïencerie. Antécédents familiaux assez chargés. Début présumé de la maladie en 1918. A la fin de 1921, points de côté et toux sans expectoration. Depuis le mois de février de cette année, expectoration mucopurulente. Présence du bacille de Koch. Cliniquement, sommet

droit en évolution; à la radioscopie, pommelures du sommet droit, travées scléreuses de la base. Depuis deux mois, poussées congestives fréquentes avec la température oscillant entre 37°,5 et 39°. Anoréxie prononcée, digestions pénibles. Amaigrissement notable; perte de 3 kg en quinze jours.

Réglée à 13 ans régulièrement, mais avec les crises dysménorrhéiques. Actuellement les règles s'espacent de plus en plus. En outre, elles durent un à deux jours et sont beaucoup moins abondantes. Pas de fièvre prémenstruelle. Les crises dysménorrhéiques sont moins accentuées qu'auparavant. Les signes stétacoustiques sont notablement plus prononcés pendant les époques. Les sueurs, abondantes, sont la suppléance fréquente.

Donc, il s'agit d'une malade qui est dans un état intermédiaire entre l'allergie et l'anergie. Avant, elle a dû présenter une dysménorrhée du type hypersympathicotonique; actuellement la dysménorrhée, et tout le cortège des symptômes qui l'accompagnent, est nettement du type hyperparasymphaticotonique.

OBSERVATION VIII

M^{lle} Henriette B..., 14 ans. Pas d'antécédents familiaux ni personnels. Malade depuis l'hiver 1920. Etat général assez bon; l'imprégnation toxique peu prononcée. Condensation des sommets en évolution lente et des ganglions médiastinaux. La première époque apparaît en octobre 1921, avec une ascension thermique de 1°. Pendant six mois d'hospitalisation, elle a été cinq fois réglée: deux fois avec l'ascension thermique de 1° pendant la menstruation; une fois, une ascension thermique de 2° survenue cinq jours avant la menstruation et deux fois sans aucun mouvement thermique. Pas d'équivalents menstruels ni de suppléances.

Donc, c'est le type de malade à imprégnation toxique peu prononcée, avec des lésions à évolution lente et sclérosante. Le séjour à l'hôpital, la suralimentation raisonnée, la récalcification, l'hygiène ont fait que les premières règles, survenues chez cette malade, n'ont pas aggravé les lésions existantes. L'état allergique actuel est toujours sous la dépendance de l'hygiène et du traitement raisonné. Un fléchissement de l'organisme dans n'importe quel sens amènerait fatalement, pendant les époques, l'aggravation de lésions latentes des sommets.

OBSERVATION IX

M^{lle} Charlotte V..., 14 ans. Antécédents familiaux peu chargés. Elle a été faible et a toujours toussé. Cliniquement, forme évolutive avec état général conservé et l'imprégnation toxique assez intense. Les lésions sont fibrocaséuses et bilatérales, avec plus d'intensité à gauche. A la radioscopie, adénopathie médiastinale qui comprime le vague, d'où une toux pénible, fréquente, rauque, coqueluchoïde. La malade est essoufflée, tachycardique, cyanotique aux extrémités. Dyspnée asthmatiforme. Température, 37° à 38°,5. Pouls, 90 (Syndrome hyperparasymphaticotonique. R. Yovanovitch).

Elle a été réglée pour la première fois le 21 décembre 1921. La répercussion de cette époque était quasi nulle sur les lésions pulmonaires. Le deuxième flux cataménial, rien de particulier. Mais les troisième et quatrième sont déjà anormaux. La température monte de quelques dixième avant et pendant les époques; diarrhée et aggravation nette des lésions pourtant assez avancées. C'est le cas typique où les époques donnent un coup de fouet aux lésions existantes. Actuellement, il y a une vraie fonte pulmonaire. La petite malade maigrit continuellement (perte de 2 kg 500 en un mois). Tachycardie de dé-

chéance (pouls, 110). Toux, expectoration, diarrhée. Pas de suppléances ni d'équivalents menstruels.

Donc, il s'agit d'une malade à imprégnation toxique très prononcée et chez laquelle la menstruation aggrave l'allure de la tuberculose. La puberté s'est effectuée au détriment des lésions existantes et au détriment de l'état général.

OBSERVATION X

M^{lle} Jeanne R..., 18 ans, infirmière. Pas d'antécédents familiaux. La malade a toujours été faible et anémique. Pleurésie sérofibrineuse gauche en hiver 1920. Depuis août 1921, la malade commence à maigrir. L'état général décline de jour en jour. Points de côté, toux et commencement de l'expectoration. Présence du bacille de Koch. Cliniquement, ramollissement du sommet gauche; à la radioscopie se confirme le ramollissement, et on constate une adénopathie intertrachéobronchique. Pouls, 90; température très irrégulière.

Réglée à 11 ans régulièrement; à 14 ans, une aménorrhée passagère de quatre mois (frayeur). Pendant deux mois d'hospitalisation, elle a été deux fois réglée. Les époques ont été particulièrement accidentées. En effet, leurs répercussions sur les lésions pulmonaires étaient nettes, ainsi que sur l'état général. En plus, on constate tout un ensemble de suppléances menstruelles, notamment : la fièvre, avant et pendant les époques les épistaxis, la diarrhée et les sueurs abondantes. Le R. O. C. positif, tachycardie de déchéance, un abaissement de la tension artérielle (Syndrome hyperparasymphaticotonique : R. Yovonovitch).

Donc, il s'agit d'une malade qui s'est surinfectée dans le milieu hospitalier. Cette surinfection a été très grave.

En outre, la menstruation survenue a agi comme un agent quasi morbide; de cette synergie morbide double entre la menstruation et les toxines tuberculeuses est né l'ensemble clinique d'une phtisie galopante avec toute la gravité qu'elle comporte. La malade a quitté l'hôpital après deux mois d'hospitalisation, sans aucune amélioration. Actuellement, son état est très gravé.

OBSERVATION XI

M^{me} Emilie G..., 31 ans. Pas d'antécédents familiaux. Mariée, deux enfants bien portants. Malade depuis mars 1920, date des premières règles post-partum. Depuis, amaigrissement, pertes de forces, toux, sans expectoration. En mars 1921, hémoptysie qui se répète à chaque menstruation. Cliniquement, lésions avancées du sommet droit. La diarrhée, les sueurs ainsi que les vomissements ne sont pas rares pendant les époques. Depuis deux mois, tendance à l'aménorrhée. Amaigrissement notable est à signaler.

Donc, il s'agit d'une malade aux lésions tuberculeuses évolutives présentant toute la gamme des troubles cataméniaux dont les suppléances et les équivalents sont les plus marqués. Au début de l'hospitalisation, le R. O. C. normal, une légère hypertension, la tachycardie de défense (pouls, 90); en sortant de l'hôpital, le R. O. C. positif; hypotension et tachycardie de déchéance (pouls, 116). Le syndrome hypersympathicotonique s'éclipse devant le syndrome hyperparasympathicotonique.

OBSERVATION XII

M^{lle} Marguerite B..., 19 ans, ouvrière en bonneterie. Anté-

cédents familiaux très chargés. La malade a toujours été faible et anémique. Adénopathie cervicale suppurée guérie. Cliniquement, légère induration du sommet gauche; à la radioscopie, adénopathie intertrachéobronchique notable. Etat général bien conservé; l'imprégnation toxique n'est pas très intense. Appétit conservé; digestion normale.

Réglée à l'âge de 15 ans, irrégulièrement, avec des retards allant de quinze à trente jours. Hospitalisée depuis huit mois. Pendant ce laps de temps, elle a été six fois réglée comme suit : 1^o du 9 au 11 octobre 1921; 2^o du 1^{er} au 4 décembre; 3^o du 30 décembre 1921 au 1^{er} janvier 1922; 4^o du 31 janvier au 1^{er} février; 5^o du 14 au 16 mars; 6^o du 9 au 11 avril (avec intervalles respectifs, entre deux menstruations, de 53, 26, 30, 42, 24 jours). Au cours de ces six époques, on a pu constater, chez cette malade, la fièvre prémenstruelle oscillant de 4 dixièmes à 1^o (quatre fois); la fièvre durant pendant les règles (deux fois); diarrhée comme suppléance menstruelle (une fois). Le R. O. C. est normal. Légère hypertension artérielle (Hyperneurotonie nette : R. Yovanovitch).

Donc, il s'agit d'une malade à imprégnation toxique peu prononcée. Les menstruations irrégulières et aberrantes influent beaucoup sur l'allure des lésions latentes. En effet, il y a deux mois, les signes stétacoustiques, en même temps que les retards des flux, les suppléances, témoignent de la synergie morbide qui s'ébauche entre la menstruation et les toxines tuberculeuses. Les syndromes sympathiques s'éclipsent peu à peu pour laisser la place à ceux de l'hyperparasympathicotomie. La malade est à surveiller. Elle est sur le point de passer de l'état allergique en état d'anergie. C'est une observation type d'une malade présentant le maximum des manifestations menstruelles au cours d'une intoxication tuberculeuse peu prononcée.

OBSERVATION XIII

M^{lle} Marie D..., 28 ans. Malade depuis 1920. Cliniquement, condensation des deux sommets qui ne donnent pas l'impression d'être en évolution. L'état général est conservé. Appétit faible et capricieux. Les digestions sont longues, assez difficiles, pendant lesquelles la malade est mal à son aise, sujette aux palpitations et à la céphalée. Les vomissements sont rares. Elle présente tantôt des coliques avec la diarrhée, tantôt de la constipation.

Réglée à 16 ans, assez régulièrement. Hospitalisée depuis neuf mois. Pendant ce laps de temps, elle a été réglée dix fois. Les six dernières époques ont été très accidentées, surtout la cinquième, au mois de décembre 1921. La fièvre prémenstruelle a été de règle variant de 0°,5 à 2°; elle persistait pendant toute la durée du flux cataménial. Comme suppléances, citons : diarrhée, sueurs, leucorrhée.

Du 17 au 20 décembre 1921, la malade a eu sa cinquième époque depuis l'hospitalisation. Neuf jours avant l'apparition du flux, la température a monté de 37° à 40°, pour se tenir sur un plateau de 39° jusqu'à l'apparition de l'écoulement, pendant lequel elle reste toujours au même niveau. Mais, une fois cette époque finie, la température de 39° persiste jusqu'au 26 décembre, quand la malade est prise de coliques violentes dans le bas-ventre; une hémorragie abondante suit. Cette enterorragie est sous la dépendance intime du flux cataménial précédant qui, comme une cause quasi morbide, agit synergiquement avec la tuberculose qui commence à évoluer. Cette hémorragie est une vraie suppléance de cette époque aberrante à tous les points de vue (Hyperneurotonie type en novembre 1921 : R. Yovanovitch). Mais l'exploration du système nerveux sympathique, au cours de ces derniers mois, nous donne un ensemble des symptômes qui penchent vers l'hyperparasymphaticotonie. En effet, les signes stéthacoustiques sont plus prononcés pendant

les époques; le R. O. C. est positif; la tachycardie de déchéance s'installe peu à peu. Chaque époque multiplie les symptômes hyperparasymphaticotoniques.

Donc, c'est une observation type d'une malade à imprégnation toxique, au commencement minime et actuellement beaucoup plus prononcée. Elle est en train de passer toutes les phases de l'évolution tuberculeuse et chez laquelle les menstruations ont joué et jouent toujours un rôle assez important dans l'évolution de la tuberculose.

OBSERVATION XIV

M^{lle} Marthe R..., 17 ans, couturière. Antécédents héréditaires peu chargés. Bronchopneumonie en mai 1916. Appendicite opérée en 1920. Fatigue, faiblesse, amaigrissement depuis mai 1921. Cliniquement, lésions discrètes des deux sommets; à la radioscopie, adénopathie intertrachéobronchique.

Réglée à l'âge de 14 ans, assez régulièrement. Les époques sont accompagnées de toutes sortes de malaises: maux de tête, vomissements, souvent diarrhée et sueurs. Depuis quelque temps, l'état général se ressent de chaque menstruation. En effet, les signes stéthacoustiques s'accroissent de plus en plus, la malade maigrit, l'appétit est capricieux, tendance à la tachycardie de déchéance. Le 28 avril 1922, survient une gastrorrhagie assez abondante. Elle précède de quatre jours le flux cataménial qui dure pendant quatre jours avec une élévation de température de 37°,5 à 38°,5 et qui se maintient à ce niveau quinze jours après la menstruation. A noter encore les vomissements et les sueurs.

Donc, il s'agit d'une malade à imprégnation toxique peu prononcée et chez laquelle la menstruation est toujours un

facteur d'aggravation des lésions existantes. La gastrorragie prémenstruelle est une vraie suppléance de l'époque qui l'a suivie avec tout le cortège des symptômes anormaux, comme fièvre, diarrhée, sueurs.

OBSERVATION XV

Mlle Suzanne G..., 28 ans, lingère. Antécédents familiaux assez chargés. Malade depuis 1918. Affaiblissement de l'état général et asthénie marquée. Dans le courant de 1919, apparition de taches pigmentaires bronzées. Actuellement, la pigmentation est généralisée sur tout le corps et sur les muqueuses. La ligne blanche est nette, la cryesthésie prononcée; donc, il s'agit d'une addisonienne avec mélanodermie. Les lésions pulmonaires discrètes, torpides.

Réglée à l'âge de 13 ans, très irrégulièrement (souvent aménorrhée temporaire durant de six à douze mois). Hospitalisée depuis deux ans. L'ensemble des manifestations génitales est très caractéristique chez cette malade. Arrivée à l'hôpital avec une aménorrhée datant depuis longtemps, la malade est restée sans époques pendant plus de quatorze mois. Son état général est mauvais; asthénie et faiblesse notables (Le syndrome hyperparasymphaticotonique est au complet: R. Yovanovitch). Mais, peu à peu, sous l'influence de l'hygiène, du traitement raisonné, de l'opothérapie surrénale, l'état général s'améliore, l'économie récupère les moyens de défense perdus et, à la longue, l'aménorrhée fait place à la réapparition du flux cataménial. Il est à signaler que cette menstruation est survenue dans un moment propice, sans aucune répercussion manifeste sur l'état général ni sur les lésions existantes. Pour le moment, la malade se trouve dans un état d'équilibre pendant lequel les répercussions menstruelles sont minimales. Si l'économie commence à fléchir, l'influence des époques peut être grave et même désastreuse, surtout quand on a à l'esprit les lésions surrénaliennes prononcées.

Donc, c'est une observation type d'une malade à imprégnation toxique peu prononcée et à l'aménorrhée temporaire.

OBSERVATION XVI

M^{lle} Aline R..., 19 ans. Pas d'antécédents familiaux. Anémie depuis sa tendre enfance. Malade depuis l'âge de 15 ans. Présente, depuis 1920, des poussées fébriles fréquentes accompagnées d'hémoptysie. Cliniquement, le ramollissement de tout le poumon droit avec une grande cavité à la base. Le commencement de ramollissement du sommet opposé. Forme évolutive avec les crachats hémoptoïques fréquents. Température entre 37°,5 et 40°. Etat général sérieusement atteint. Imprégnation toxique intense; asthénie et cachexie progressivement croissante. Tachycardie de déchéance: pouls, 120.

Réglée à l'âge de 15 ans. La première menstruation a été très pénible. Depuis cette époque, la malade décline constamment. Amaigrissement, fatigue, toux, expectoration surviennent aussitôt. Comme on voit, les époques ont nettement aggravé les lésions latentes. Peu après, l'aménorrhée s'installe. Elle dure cinq à six mois. Néanmoins, pendant ce temps, la puberté, avec tout ses attributs, se manifeste quasi normalement. L'organisme récupère assez de forces pour parer à l'intoxication. La menstruation réapparaît, se maintient pendant quatre à cinq mois pour faire place à l'aménorrhée définitive, qui persiste depuis plus d'un an et demi. Le commencement de cette aménorrhée définitive a été marqué par des équivalents menstruels comme: hémoptysie et fièvre. Actuellement, l'état général est très grave. L'amaigrissement est extrême. La malade ressemble à un enfant de 9 à 10 ans, malgré ses 19 ans. Diarrhée persistante, température à grandes oscillations.

Donc, c'est une observation type d'une malade à impré-

gnation toxique intense chez laquelle la puberté s'est effectuée au détriment des lésions et de l'état général. La menstruation a été un facteur réel de l'aggravation. L'hémoptysie se manifeste d'abord comme suppléance, puis comme équivalent menstruel. A la fin, l'aménorrhée s'installe définitivement.

OBSERVATION XVII

M^{lle} Alice L..., 21 ans. Antécédents familiaux très chargés. Anémie, faiblesse générale, teint chlorotique depuis 1908. Fatigue, toux, hémoptysie depuis mai 1921. Cliniquement, lésions de ramollissement des deux sommets en évolution. L'état général bien conservé. Imprégnation toxique faible (pouls, 90); tension artérielle, 17/7; syndrome hypersympathicotonique au complet (Obs. I: R. Yovanovitch).

Réglée à l'âge de 15 ans, irrégulièrement, avec les crises dysménorrhéiques fréquentes. La première hémoptysie, en mai 1921, a coïncidé avec le flux cataménial. Depuis, la menstruation est tout à fait irrégulière, avec des retards variant de dix à vingt jours. A chaque époque, aggravation notable des lésions. Depuis le mois de novembre 1921, aménorrhée définitive. Aucun équivalent menstruel. L'état général s'est aggravé considérablement. Le syndrome hypersympathicotonique est disparu pour faire place au syndrome hyperparasymphathicotonique. En effet, le R. O. C. est exagéré, l'hypotension, tachycardie de déchéance (pouls, 130).

Donc, c'est une observation type d'une malade chez laquelle la menstruation et puis l'aménorrhée définitive ont contribué, et de beaucoup, à l'aggravation de la tuberculose et à la déchéance de l'économie.

OBSERVATION XVIII

M^{lle} Marie K..., 42 ans. Malade depuis l'âge de 26 ans; mais fléchissement de la santé, surtout depuis 1916. Cliniquement, lésions ulcéro-caséeuses du sommet droit et la condensation du sommet du côté opposé. Poussées évolutives et fébriles intermittentes coïncidant avec les époques. Etat général très déficient; imprégnation toxique assez intense; pâleur, amaigrissement, asthénie. Appétit capricieux, coliques, diarrhée intermittente. Transpiration abondante et fréquente. Tachycardie de déchéance (Pouls, 110 à 120; symptômes du syndrome hyperparasymphicotonique: R. Yovanovitch).

Réglée à l'âge de 16 ans, assez régulièrement jusqu'à l'âge de 22 ans. Depuis, époques irrégulières avec des périodes d'aménorrhées temporaires. Actuellement, les règles sont irrégulières, peu abondantes, précédées toujours d'une fièvre variant de quelques dixièmes de degré à 1°. Pas de suppléances ni des équivalents menstruels. Tendance à l'aménorrhée définitive. L'état général décline considérablement. Amaigrissement notable. Le R. O. C. exagéré.

Donc, il s'agit d'une malade à imprégnation toxique précoce, lente et peu intense, chez laquelle les menstruations ont été caractérisées par une fièvre prémenstruelle typique et par la tendance à l'aménorrhée définitive.

OBSERVATION XIX

M^{lle} Rose B..., 25 ans, femme de chambre. Pas d'antécédents familiaux. Malade depuis 1916. Soignée à Berck, pendant deux mois. Cliniquement, lésions avancées de deux sommets. Amaigrissement notable, anémie, anorexie, sueurs nocturnes très abondantes, température à grandes oscillations.

Réglée à l'âge de 13 ans, assez régulièrement. Aménorrhée complète depuis cinq mois. Deux à trois équivalents menstruels en perte notable d'une quantité de cheveux. Actuellement, une fois par mois, les cheveux tombent en abondance.

Donc, il s'agit d'une malade à lésions pulmonaires très avancées, chez laquelle l'aménorrhée s'est installée progressivement et définitivement. Les équivalents menstruels en perte de cheveux sont à remarquer. Le R. O. C. nettement positif, tachycardie de déchéance.

OBSERVATION XX

M^{lle} Marie M..., 34 ans, brodeuse. Antécédents familiaux très chargés. Malade depuis l'âge de 13 ans, l'âge de l'apparition des règles. Cliniquement, forme fibreuse, bilatérale, lentement évolutive, caractérisée par l'alternance des poussées fébriles et des périodes de rémission. Mais, depuis septembre 1921, l'état général décline; amaigrissement, anémie, asthénie; appétit capricieux, digestions longues, vomissements fréquents (Pouls, 100; tension, 12/7: R. Yovanovitch).

Réglée à l'âge de 13 ans, irrégulièrement. Aménorrhée temporaire bien souvent durant parfois quatre à six mois. Depuis l'hospitalisation, en septembre 1921, les règles apparaissent assez régulièrement. Les signes stéthacoustiques sont nettement plus prononcés pendant les époques. Diarrhée, vomissements, sueurs abondantes, perte de cheveux, hémoptysie ne sont pas rares pendant le flux cataménial. Une opothérapie ovarienne, instituée depuis longtemps et administrée au cours de tous les troubles menstruels qui ont apparu chez cette malade, n'a donné rien de réconfortant. On peut dire qu'elle était presque nuisible, surtout quand on l'administrait au moment où la malade présentait les signes d'une déchéance évidente. A son entrée, le syndrome hypersympathicotonique était typique ;

six mois après, le syndrome hyperparasymphaticotonique était au complet. Le R. O. C. exagéré, tachycardie de déchéance.

Donc, il s'agit d'une malade à imprégnation toxique précoce, lente et ultérieurement très intense. Les menstruations ont joué un rôle important dans l'aggravation de la tuberculose. L'inefficacité de l'opothérapie ovarienne est évidente, quand il s'agit de l'administrer à tort et à travers aux malades dans l'intention de parer aux troubles **menstruels**.

CONCLUSIONS

De l'ensemble du travail que nous venons d'exposer, on peut dégager les conclusions suivantes :

I. — L'étude attentive des fonctions de l'appareil génital féminin, au cours de la tuberculose en général et de la tuberculose pulmonaire en particulier, est de très haute importance.

II. — Les troubles menstruels jouent un rôle important non seulement dans l'aggravation de la tuberculose, mais, synergiquement avec les toxines de cette dernière affection, aggravent notablement l'état général de l'économie.

III. — Par l'exploration du système nerveux sympathique au cours des troubles menstruels, on peut arriver à se faire une idée sur la valeur du taux des défenses de l'économie, ainsi que sur le degré de l'intoxication tuberculeuse.

IV. — L'étude minutieuse du R. O. C., au cours des troubles menstruels chez les tuberculeuses pulmonaires, est d'une grande utilité clinique et pronostique.

V. — Pour un même degré d'intoxication, le système nerveux sympathique chez la femme sera plus précocement

et plus gravement touché que chez l'homme. L'influence des fonctions ovariennes y est incontestable.

VI. — Si l'opothérapie ovarienne est quelque peu utile en dehors des troubles menstruels, elle est presque inutile et son action est parfois fâcheuse au cours de ces derniers.

VII. — La menstruation est un facteur favorable dans l'état psychique des tuberculeuses; son absence est un facteur de dépression psychique.

Vu

Nancy, le 10 juin 1922.

Vu :

Nancy, le 10 juin 1922.

Le Président de la Thèse :

ETIENNE.

Le Doyen :

E. MEYER.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 14 juin 1922.

Le Recteur de l'Académie :

CH. ADAM.

MEMBRE DE L'INSTITUT

BIBLIOGRAPHIE

- BARDEL BEN. — Rapports entre les poumons et les organes génitaux des tuberculeuses. — *Archives générales de Médecine*, 1912, p. 773.
- BÉRAUD. — Essai sur la psychologie du tuberculeux. — *Thèse de Lyon*, 1902.
- BERCOVICI (J.). — Sur la psychothérapie médicamenteuse dans la tuberculose pulmonaire. — *Th. de Paris*, 1918.
- BÉVILLE. — La mélancolie thyro-ovarienne. — *Th. de Paris*, 1922.
- BEZANÇON. — La période menstruelle chez les tuberculeuses. — *Bulletin médical de Paris*, 1913, p. 907.
- BOUËT (M^{me}). — Congestion pleuropulmonaire d'origine ovarienne. — *Th. de Paris*, 1901.
- BURNET (E.). — Quand et comment apparaît la sensibilité à la tuberculose. — *Annales de l'Institut Pasteur*, 1915, p. 274.
- CHEVROLET. — Essai sur la psychologie du tuberculeux pulmonaire. — *Th. de Paris*, 1919.
- COLBERT. — Faut-il traiter la fièvre du tuberculeux. — *Journal des Praticiens*, 1918.
- COULAND (E.). — Corps thyroïde et tuberculose. — *Th. de Paris*, 1922.
- DALCHÉ (Paul). — De l'aménorrhée accidentelle. — *Gaz. des Hôpitaux*, 1920, p. 949.
- Les dysménorrhées dites essentielles et leur traitement. — *Progrès médic.*, 1913, p. 329.
- Cessation de la menstruation. Hyperparathyroïdie. — *Presse médicale*, 1920, p. 785.
- Dysménorrhée et opothérapie. — *Revue mensuelle d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 1913, p. 641.
- Tuberculose et appareil génital de la femme. — *Journal des Praticiens*, 1911.
- Hyper et hypo-ovarie. — *Gazette des Hôpitaux*, 1906.

- DAREMBERG. — Influence de la fonction menstruelle sur la marche de la phtisie pulmonaire. — *Archives générales de Médecine*, nov. et déc. 1880.
- DLUSKI. — La fièvre menstruelle de la tuberculeuse. — *Beitrag zur Klinik der Tuberculose und spezifischen Tuberculose Forschung*, 1912.
- DUCHAMPS. — Opothérapie ovarienne et opothérapie associée dans le traitement de la tuberculose. — *Journal de Médecine de Paris*, 1914, p. 168.
- ETIENNE et RICHARD. — Glandes et émotions de bombardement. — *Revue médicale de l'Est*, 1919.
- FRANCILLON (M^{lle}). — Essai sur la puberté chez la femme. Etude de psychophysiologie féminine. — *Th. de Paris*, 1900.
- GALIBERT. — Les troubles de la menstruation dans la tuberculose pulmonaire. — *Th. de Montpellier*.
- GALLAIS. — Syndrome génito-surrénal. — *Th. de Paris*, 1915.
- GOROVITZ (M^{lle}). — Tuberculose génitale chez la femme. — *Th. de Paris*, 1900.
- GRAFENBERG. — Dysménorrhée et tuberculose. — *Munich Méd. Wach.*, 1900, p. 515.
- GUILLAUME. — Le sympathique et systèmes associés. — *Masson et C^{ie}*, Paris, 1921.
- HOLLOS (Joseph). — Les intoxications tuberculeuses. Etude clinique et thérapeutique. — *Revue de Médecine*, 1910, p. 311.
- HUTINEL. — Synergie glandulaire. — *Bulletin médical de Paris*, 1917, p. 477.
- JAQUEROD. — L'opothérapie ovarienne dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — *Revue médicale de la Suisse romande*, 1913.
- JIVKOVITCH (J.) et FERRY (G.). — Sur les rapports de l'ovulation et de la menstruation. — *Société de Biologie de Paris*, 1912, p. 624.
- JONG (M^{lle}). — Etat anatomique de l'ovaire chez les phtisiques. — *Revue de la Tuberculose*, 1915.
- JOUBERT. — Tuberculose et menstruation. Influence de la cure climatique. — *Lyon médical*, 1907, p. 1163.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Sécrétions internes et système nerveux. — *Revue de Médecine de Paris*, 1914-1915, p. 602-776.
- LEDoux. — Contribution à l'étude du pouls dans la tuberculose pulmonaire. — *Thèse de Paris*, 1902.

- LÉVY (Léopold). — Glandes endocrines et fièvre. — *Société de Biologie*, 1917, p. 410.
- MOUISSET (F.). — La mentalité des tuberculeux. — *Presse médicale*, 1908, p. 644.
- NEUMANN. — La menstruation et tuberculose pulmonaire. — *Revue de la Tuberculose*, 1899, p. 271.
- NOBÉCOURT et PARAF. — Influence de la grossesse sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire et pleurale. — *Presse méd.*, 1920, p. 133.
- NONCHER. — Influence de la menstruation sur la tuberculose pulmonaire. — *Th. de Paris*, 1906.
- PAMBOUKIS. — Les auto-intoxications d'origine ovarienné. — *Gazette des Hôpitaux*, 1919, p. 1214.
- POMMIER (M^{lle}). — Tuberculose pulmonaire chez la femme. — *Th. de Paris*, 1919.
- PROUVOST (P.). — Le pouls et la tension artérielle chez les tuberculeux. — *Gazette des Hôpitaux*, 1919, p. 1133.
- RACIBORSKI. — Traité de la menstruation. — *Paris*, 1848.
- Rôle de la menstruation dans l'aggravation de la tuberculose pulmonaire. — *Paris*, 1850.
- RENON (L.). — La fièvre des tuberculeux. — *Journal des Praticiens*, 1905.
- RIBADEAU-DUMAS. — Imprégnation bacillaire. — *Journal de Médecine et Chirurgie pratique*, 1918, p. 164.
- RIEBOLD. — Ueber Pramenstruelle Temperaturesteigerungen. — *Deutsche Wolchenschrift*, 1906, nos 11 et 12.
- ROMME (R.). — La fièvre prémenstruelle. — *Presse médicale*, 1906, p. 227.
- SABOURIN. — La diarrhée menstruelle chez les phtisiques. — *Journal des Praticiens*, 1907.
- Quelques notions pratiques sur les sueurs des tuberculeux. — *Journal des Praticiens*, 1919.
- La fièvre menstruelle des phtisiques. — *Revue de Médecine*, 1905.
- Les rhumes chez les tuberculeuses. — *Revue de Médecine*, 1911.
- Les équivalents menstruels chez les tuberculeuses. — *Paris médical*, janvier 1920.
- La phtisie pulmonaire à forme menstruelle. — *Journal des Praticiens*, 1911, p. 38.
- SCHAFER. — Les glandes à sécrétion interne, traduction par Laroche et Richard. — *O. Doin*, Paris, 1920.

SERGEANT. — Tuberculose, tomes XVII et XVIII du *Traité de Pathologie*. — Maloine et fils, Paris, 1921.

SEYTRE. — La fièvre des tuberculeux. — *Th. de Paris*, 1912.

SPILLMANN et MICHEL. — Un cas de suppléance menstruelle. — *Revue médicale de l'Est*, 1920.

VIGNES (Henri). — Notes et recherches sur la menstruation. — *Th. de Paris*, 1913.

WEILL (E.). — La durée des règles, les ménorragies et les troubles de la coagulation sanguine. — *Société de Biologie*, 1912, p. 645.

YOVANOVITCH (Radmilo). — Troubles sympathiques chez les tuberculeux pulmonaires. — *Th. de Nancy*, 1922.



